

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA**



TESIS DOCTORAL

**Síndrome de Burnout en Pediatras con actividad asistencial
en Urgencias. Prevalencia y factores asociados**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Arístides Rivas García

DIRIGIDA POR

**Paula Vázquez López
María Concepción Míguez Navarro**

Madrid

© Arístides Rivas García, 2024

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**SÍNDROME DE BURNOUT EN PEDIATRAS CON
ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN URGENCIAS. PREVALENCIA
Y FACTORES ASOCIADOS.**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Arístides Rivas García

DIRECTORAS

Paula Vázquez López

María Concepción Míguez Navarro

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS



TESIS DOCTORAL

**SÍNDROME DE BURNOUT EN PEDIATRAS CON
ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN URGENCIAS. PREVALENCIA
Y FACTORES ASOCIADOS.**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Arístides Rivas García

DIRECTORAS

Paula Vázquez López

María Concepción Míguez Navarro

AGRADECIMIENTOS

A mi madre Mari, porque además de la vida me diste el resto de las cosas importantes para poder afrontarla. *Y a mi hermano Iñaki*, siempre mi referencia marcando el camino cuando no sabía hacia donde tirar los pasos. Porque ambos tuvisteis que hacer más de lo que os correspondía y lo que soy es gracias a vosotros, gracias.

A mi mujer Cristina, por tu paciencia infinita y tu apoyo. Porque siempre eres capaz de ver el lado bueno de las cosas, de verme y mostrarme como soy aún cuando yo no puedo verlo y de ayudarme y levantarme cuando intento darme por vencido. Por hacer que los momentos buenos sean mejores y los tristes más llevaderos. Sin ti nunca habría llegado hasta aquí.

A mis hijas Zuriñe y Leire, mis mayores fans. Por vuestro ánimo incondicional y perpetuo, por vuestra sonrisa capaz de iluminar el día más oscuro y por vuestro optimismo natural y espontáneo. Ojalá no lo perdáis nunca.

A mi tutora y directora la Dra. Paula Vázquez. Gracias a tu insistencia, tu ánimo y tu fe, esta tesis verá la luz. Gracias por tus consejos y tu ejemplo de perseverancia y capacidad de trabajo. Gracias en lo profesional y en lo humano. Gracias por estar ahí, en las buenas y en las malas.

A mi co-directora la Dra. Conchita Míguez. Por tus consejos y tu ayuda. Por tu apoyo y tu hombro. Por entenderme sin hablarnos. Una amiga, una hermana y un ejemplo de actividad que raya lo inhumano.

A mi compañero el Dr. Rafael Marañón. Por meterme el gusanillo de la investigación y guiarme en este mundillo. Un referente a lo que aspirar.

A todos mis compañeros de Urgencias de Pediatría del HGUGM, un equipo con mayúsculas en el que todos hacemos lo que hacemos por, para y gracias a los demás. Una familia.

A todos los que me han ayudado en el camino y me han traído hasta aquí,
GRACIAS.

“No importa la lentitud con la que avances,
siempre y cuando no te detengas.”

Confucio

SÍNDROME DE BURNOUT EN PEDIATRAS CON ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN URGENCIAS. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS.

Autor:
Arístides Rivas García

Directoras:
Paula Vázquez López
María Concepción Míguez Navarro

Madrid, 2023



ÍNDICE

Índice

- RESUMEN	1
- SUMMARY	17
- INTRODUCCIÓN	31
◦ Justificación.....	41
◦ Objetivos	43
- MATERIAL Y MÉTODOS	45
◦ Diseño	47
◦ Desarrollo	49
◦ Muestra	51
◦ Fuentes de datos.....	53
◦ Variables de estudio	55
◦ Medida de la variable dependiente.....	59
◦ Análisis estadístico.....	61
◦ Tamaño muestral.....	65
◦ Aspectos éticos	67

- RESULTADOS	69
◦ Características de los Facultativos participantes	73
◦ Prevalencia de Síndrome de Burnout.....	79
▪ Factores relacionados con el Síndrome de Burnout	81
▪ Análisis univariable	81
▪ Análisis multivariable multinivel.....	125
- DISCUSIÓN	131
◦ Limitaciones	143
◦ Conclusiones.....	145
- BIBLIOGRAFÍA	147
- ANEXOS	157
◦ Anexo I. Encuesta a colaboradores.....	159
◦ Anexo II. Encuesta a participantes.....	161

Índice de tablas y figuras

- Tabla 1. Variables independientes recogidas en las encuestas 55
- Tabla 2. Maslach Burnout Inventory. Subescalas y clasificación según la puntuación obtenida 60
- Figura 1. Mapa de España con las Comunidades autónomas representadas en el estudio 71
- Tabla 3. Hospitales y Comunidades Autónomas representadas en el estudio..... 75
- Tabla 4. Subescalas y grado de afectación en relación al Síndrome de Burnout..... 79
- Figura 2. Representación gráfica del número de participantes con los diferentes grados de afectación en las distintas subescalas del Síndrome de Burnout..... 80
- Figura 3. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con la edad en años 81
- Figura 4. Pirámide poblacional que muestra la distribución del Burnout según la edad 82
- Figura 5. Distribución del Síndrome de Burnout en función del sexo 83
- Figura 6. Distribución del Síndrome de Burnout en función del estado civil..... 83
- Figura 7. Distribución del Síndrome de Burnout en función del tipo de pareja..... 84

- Figura 8. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la presencia de hijos	84
- Figura 9. Distribución del Síndrome de Burnout en función del número de hijos	85
- Figura 10. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la propiedad de la vivienda.....	86
- Figura 11. Distribución del Síndrome de Burnout en función del tipo de gasto de su vivienda.....	86
- Figura 12. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con el número de convivientes en domicilio.....	87
- Figura 13. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la presencia de familiares directos en su misma localidad.....	88
- Figura 14. Distribución del Síndrome de Burnout en función del círculo de amigos.....	88
- Figura 15. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la personalidad.....	89
- Figura 16. Distribución del Síndrome de Burnout en función del carácter.....	89
- Figura 17. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la religiosidad	90
- Figura 18. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con el número de días de práctica deportiva semanal.....	91
- Figura 19. Distribución del Síndrome de Burnout en función de los hobbies.....	91

- Figura 20. Distribución del Síndrome de Burnout en función del sentimiento de felicidad	92
- Figura 21. Distribución del Síndrome de Burnout en función de los problemas vitales.....	93
- Figura 22. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la toma previa de ansiolíticos por causas laborales y no laborales	94
- Figura 23. Distribución del Síndrome de Burnout en función de alteraciones del sueño por causas laborales y no laborales.....	94
- Figura 24. Distribución del Síndrome de Burnout en función de si se dispone de empleada de hogar	95
- Tabla 5. Asociación entre variables sociofamiliares y Síndrome de Burnout. Análisis univariable de riesgo de Burnout mediante Regresión logística	96
- Figura 25. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la localidad de residencia	98
- Figura 26. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con el número años viviendo en la localidad de residencia actual.....	99
- Figura 27. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con el tiempo empleado desde el domicilio al trabajo.....	99
- Figura 28. Distribución del Síndrome de Burnout en función del tipo de transporte para desplazarse al centro de trabajo	100
- Tabla 6. Asociación entre variables demográficas y Síndrome de Burnout. Análisis univariable de riesgo de Burnout mediante Regresión logística	101

- Figura 29. Distribución del Síndrome de Burnout en función del nivel de complejidad del Hospital..... 102
- Figura 30. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con los episodios de Urgencias anuales en su Hospital 103
- Figura 31. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la gestión del Hospital..... 103
- Figura 32. Distribución del Síndrome de Burnout en función del estamento del que dependen las Urgencias pediátricas 104
- Figura 33. Distribución del Síndrome de Burnout en función del tipo de contrato del profesional 105
- Figura 34. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con la duración de los contratos eventuales 105
- Figura 35. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con el tiempo trabajado..... 106
- Figura 36. Distribución del Síndrome de Burnout en función del número de años trabajados 106
- Figura 37. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con el número de especialistas en Urgencias en el Servicio . 107
- Figura 38. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la presencia de un especialista en Urgencias de guardia..... 108
- Figura 39. Distribución del Síndrome de Burnout en función del tipo de actividad en Urgencias 109
- Figura 40. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la realización o no de guardias..... 109

- Figura 41. Distribución del Síndrome de Burnout en función de ser o no especialista en Urgencias..... 110
- Figura 42. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con el número de urgencias por día y adjunto de guardia 111
- Figura 43. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con el número de urgencias por día y médico de guardia..... 111
- Figura 44. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con la relación entre número de médicos residentes por adjunto de guardia..... 112
- Figura 45. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con el promedio de guardias realizadas al mes 113
- Figura 46. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con el número de horas trabajadas al mes dedicadas a asistencia..... 113
- Figura 47. Distribución del Síndrome de Burnout en función de haber realizado actividad docente en el último año 114
- Figura 48. Distribución del Síndrome de Burnout en función de haber realizado actividad investigadora en el último año 115
- Figura 49. Distribución del Síndrome de Burnout en función de haber realizado otras tareas no asistenciales de compromiso con la institución en el último año 115
- Figura 50. Distribución del Síndrome de Burnout en función del tiempo liberado para actividades no asistenciales 116

- Figura 51. Distribución del Síndrome de Burnout en función del tiempo dedicado fuera de la jornada laboral, para preparar actividades no asistenciales.....	116
- Figura 52. Distribución del Síndrome de Burnout en función de haber recibido cursos de formación en el último año.....	117
- Tabla 7. Asociación entre variables laborales y Síndrome de Burnout. Análisis univariable de riesgo de Burnout mediante Regresión logística	118
- Figura 53. Distribución del Síndrome de Burnout en función de sentirse reconocido por sus compañeros.....	120
- Figura 54. Distribución del Síndrome de Burnout en función de sentirse reconocido por su jefe inmediato.....	121
- Figura 55. Distribución del Síndrome de Burnout en función de sentirse reconocido por su institución	121
- Figura 56. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la relación entre compañeros.....	122
- Figura 57. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la relación con su jefe inmediato.....	122
- Figura 58. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la satisfacción con el salario percibido	123
- Tabla 8. Asociación entre variables de satisfacción y Síndrome de Burnout. Análisis univariable de riesgo de Burnout mediante Regresión logística	124
- Tabla 9. Análisis del efecto aleatorio según los diferentes modelos multinivel.....	126

- Tabla 10. Análisis del efecto fijo y aleatorio mediante diferentes modelos de regresión logística multivariable multinivel..... 129
- Figura 59. Distribución temporal de las publicaciones indexadas en Pubmed bajo el término Burnout 133

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout (SBO) o de Desgaste Profesional puede entenderse como la respuesta extrema al estrés crónico que se produce en el ámbito laboral. El SBO está reconocido por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad laboral que provoca detrimento en la salud física y mental de los individuos, manifestándose con sintomatología que se puede reflejar en el ámbito emocional, conductual y psicosomático.

En 1981, Maslach y Jackson definieron el SBO desde una perspectiva tridimensional en la que se daba la conjunción de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal y profesional. El primero de ellos haría referencia a las sensaciones de decaimiento físico y psíquico con el que el trabajador siente que no puede dar más de sí mismo a nivel afectivo, sentimientos de desesperanza e indefensión y pérdida de atractivo en el trabajo que se vuelve tedioso y sin interés, que se producen como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los clientes. La despersonalización supondría el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios, dando como resultado una falta de interés por el paciente con una objetivación fría de sus problemas, una visión indiferente y deshumanizada de los mismos y una culpabilización de su estado de necesidad. La falta de realización personal y profesional conllevaría la creencia en que ni el trabajo ni la mejora personal e institucional merecen la pena y la tendencia a calificarse negativamente, llegando a sentirse descontentos e insatisfechos.

No existe una causa concreta para la aparición del SBO y se ha relacionado con factores psicológicos o psicopatológicos de los profesionales, sociodemográficos, organizacionales y sociales.

Tradicionalmente se ha atribuido SBO a aquellas profesiones en las que se ejerce un contacto estrecho con otras personas y especialmente aquellas en las que existe una carga emocional importante. Por ello, los profesionales de la salud parecen una población especialmente sensible a padecer este síndrome. Los Servicios de Urgencias constituyen lugares generadores de estrés debido a la alta presión asistencial, elevado nivel de exigencia por parte de los pacientes, excesivas horas de trabajo, falta de descanso y alto grado de responsabilidad sobre todo con pacientes con patología grave. Además, en el caso de la Pediatría, los profesionales no sólo se ven implicados con la atención integral del niño sino también con la de la familia, por la que la respuesta emocional puede ser en ocasiones más importante.

Es de suma importancia caracterizar el SBO en los profesionales de nuestro medio ya que sus consecuencias pueden ser devastadoras para ellos y su entorno, además de afectar a la calidad asistencial, empeorando la relación médico-paciente y aumentando el riesgo de cometer errores. Describiendo el problema y los factores relacionados, se podrá tener un alto nivel de alerta en los individuos de mayor riesgo y establecer medidas de prevención adecuadas.

El objetivo principal de nuestro estudio es describir la prevalencia de SBO entre los médicos pediatras que realizan actividad asistencial en Urgencias de Pediatría (UP).

Secundariamente, analizar la asociación entre diferentes factores sociofamiliares, demográficos, laborales y de recompensa, y el SBO.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de encuestas transversales multicéntrico, desarrollado entre los médicos pediatras que realizan actividad asistencial en UP, en Hospitales miembros de la Red de Investigación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (RiSEUP-SPERG), entre septiembre de 2019 y enero de 2020.

Se incluyeron todos aquellos médicos pediatras con actividad asistencial en Urgencias de Pediatría pertenecientes a los centros reclutados que cumplimentaron la encuesta.

Se excluyeron aquellos que expresaron su no consentimiento a participar en la encuesta, respondieron a menos del 80% de las preguntas correspondientes a las variables independientes o no respondieron en su totalidad las preguntas del cuestionario Maslach Burnout Inventory (variable dependiente).

Tras el reclutamiento de centros, realizado mediante la difusión del protocolo de estudio a través de la lista de distribución de correo electrónico de RiSEUP-SPERG, tuvo lugar la fase de recogida de datos. Cada centro hospitalario reclutado contó con un investigador colaborador encargado de difundir la encuesta entre los médicos con actividad en UP de su hospital y de rellenar un primer cuestionario con los datos comunes para ellos. La recepción

de encuestas se llevó a cabo durante 16 semanas, el Investigador principal realizó controles periódicos de calidad de la base de datos a fin de eliminar encuestas duplicadas o detectar incongruencias valores anormales.

Se recogieron variables sociofamiliares, demográficos, laborales y de recompensa. Todas ellas se agruparon de modo jerárquico en 3 niveles: Basal o individuo, Hospital y Comunidad Autónoma. Como variable de resultado principal, se definió la presencia de SBO como niveles medios o altos de agotamiento emocional y despersonalización junto a niveles bajos o medios de realización personal, en la escala Maslach Burnout Inventory (MBI). La escala MBI para personal sanitario validada en español, es la escala más utilizada en todo el mundo para este fin y tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%.

Análisis estadístico

Tras el análisis descriptivo de las variables independientes, la prevalencia de SBO se estimó en términos de porcentaje en intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Para evaluar los factores relacionados con el SBO se realizó inicialmente un estudio de asociación univariable empleando como test estadísticos el Chi cuadrado/exacto de Fisher para las variables cualitativas y t de Student/ANOVA o U de Mann-Whitney/Kruskal-Wallis para las cuantitativas según el número de categorías y la simetría de la distribución. La fuerza de esta asociación se evaluó mediante Regresión logística binaria estableciendo odds ratio (OR) y su IC95%. Para las variables cualitativas con más de dos categorías se analizó el riesgo respecto a una categoría de referencia. Las variables cuantitativas fueron

categorizadas con el fin de facilitar la comprensión, definiéndose los intervalos en función de la literatura existente, experiencia clínica o la exploración gráfica de la variable.

Posteriormente se realizó un estudio multivariable mediante un análisis multinivel en el que se establecieron 3 niveles jerárquicos (nivel individuo, nivel hospital y nivel Comunidad Autónoma).

Se crearon diferentes modelos mixtos de regresión logística de efectos mixtos, en los que se incluyeron las covariables con, al menos, tendencia a la significación estadística objetivada en el análisis univariable. En ellos se analizaron el efecto aleatorio o variabilidad atribuida a los niveles jerárquicos, mediante índice de correlación intraclase (ICC) y median odds ratio (MOR); y el efecto fijo correspondiente a las covariables mediante OR y su IC95%. La calidad de los modelos se determinó a través del criterio de información de Akaike (AIC). Estos modelos fueron construidos secuencialmente desde el modelo nulo sin covariables, en el que se exploró la variabilidad en función de los diferentes niveles, pasando por modelos parciales, hasta el modelo completo. Cada uno de estos modelos parciales fue ajustándose por pasos hacia atrás excluyendo aquellas variables sin tendencia a la significación estadística y que no modificaban el ICC de su modelo más de un 10%. Finalmente, el modelo completo incluyó la variabilidad explicada por los niveles y las covariables con asociación significativa determinada en los modelos parciales.

Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$ y tendencia a la significación estadística un valor de $p < 0,10$.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS v.20 y Stata v.14.

Para cumplir con el objetivo principal del estudio, con una precisión del 7% y tomando como referencia la prevalencia del 25%, con un nivel de confianza del 95%, se estimó necesario la cumplimentación de 147 encuestas válidas.

RESULTADOS

Se reclutó a 32 Hospitales de 12 Comunidades Autónomas, enviándose las encuestas a 466 facultativos. Se recibieron 392 formularios cumplimentados (no hubo exclusiones), lo que supone una proporción de respuesta del 84,1%.

Los resultados mostraron presencia de SBO en 143 de los 392 participantes, lo que traduce una proporción de SBO del 36,5% (IC95%:31,7-41,2%). La esfera más afectada fue la de Despersonalización (281. 71,7%; IC95%:67,2-76,1%) seguida de Realización personal (259. 66,1%; IC95%:61,4-70,8%) y Cansancio emocional (203. 51,8%; IC95%:46,8-56,7%). Mostraron afectada al menos una esfera, 341 personas (87,0%).

Tras el análisis de asociación univariable, se crearon secuencialmente varios modelos de regresión logística multinivel:

- Modelo 1: modelo nulo, en el que se valora únicamente la influencia de los niveles Hospital y Comunidad Autónoma en la variabilidad del desarrollo de Burnout.

- Modelo 2: en el que se incluyen covariables dependientes del propio individuo.
- Modelo 3: con covariables relacionadas con el nivel Hospital.
- Modelo 4: con covariables del nivel Comunidad Autónoma.
- Modelo 5: modelo completo, en el que se incluyen además del efecto aleatorio de los diferentes niveles, el efecto fijo de todas las covariables con asociación estadísticamente significativa con el desarrollo de SBO detectada en los modelos previos (modelos 2, 3 y 4).

El ICC mostró cómo hasta el 10,4% de la variabilidad del desarrollo de SBO depende de las diferencias entre hospitales cuando se han controlado factores dependientes del propio individuo (modelo 2). Al introducir las covariables dependientes del nivel Hospital (modelo 3), el ICC disminuyó a 0 y se mantuvo en 0 para el modelo completo (modelo 5).

Las diferencias entre Comunidades autónomas apenas fueron relevantes con un ICC de 0,008 en el modelo completo. Este modelo completo se erigió como el que proporcionó información más ajustada según el criterio de información de Akaike.

Tras los ajustes de los diferentes modelos, en el modelo completo objetivamos cómo el hecho de no disponer de un círculo de amigos estable (OR: 2,57; IC 95%: 1,10-5,97), tener problemas tanto en el ámbito laboral como extralaboral con respecto a no tener problemas (OR: 3,06; IC 95%: 1,60 – 5,88) y llevar trabajando 9 años o menos (OR: 2,31; IC 95%: 1,37 – 3,90), constituyeron factores relacionados con los propios individuos que aumentaron el riesgo de SBO de forma independiente. Además, sentirse profesionalmente

reconocido por compañeros (OR: 0,48; IC 95%: 0,30 – 0,79) y jefe inmediato parecieron actuar como factores protectores (OR: 0,62; IC 95%: 0,41 – 0,93).

Entre los elementos dependientes del Hospital, que la Urgencia dependiera del Servicio de Pediatría (OR: 3,81; IC 95%: 1,85 – 7,85), que siempre hubiera un especialista en Urgencias de guardia (OR: 3,53; IC 95%: 1,62 – 7,73) y que cada médico de guardia atendiera al menos 28 episodios de urgencias en 24 horas (OR: 2,05; IC 95%: 1,01 – 4,16), constituyeron igualmente factores de riesgo independiente para el SBO.

DISCUSIÓN

Nuestro trabajo es el primer estudio multicéntrico sobre SBO realizado en España entre facultativos especialistas en pediatría representativo de la práctica totalidad del territorio nacional y que aborda factores relacionados con el mismo desde una perspectiva multivariable y multinivel. Se alcanzó un amplísimo tamaño muestral con un muy elevado porcentaje de participación y se incluyeron el mayor número de variables potencialmente relacionadas con el SBO analizadas hasta el momento en ningún otro estudio.

Aunque el MBI es la escala universalmente más utilizada en la literatura para evaluar el SBO, se han propuesto gran variabilidad de criterios para definirlo. Por ello, la prevalencia muestra un amplio rango entre 7,1%-76,1%. Nuestra muestra se sitúa por encima de la mayoría de las estudiadas, que oscilan entre 20%-25%, incluyendo la realizada sobre una población similar a la nuestra y con idéntico criterio diagnóstico, aunque en EE.UU. En cualquier caso, preocupa que

más de un tercio de profesionales muestren afectación media-alta de las tres esferas con las que Maslach y Jackson definen el Burnout y que casi el 90% lo haga de, al menos, una de ellas.

Aspectos de la personalidad como ansiedad o depresión, que podrían afectar a la esfera agotamiento emocional, y la personalidad introvertida, fueron identificados como favorecedores del Burnout. Igualmente, la baja estabilidad emocional, la tensión, el neuroticismo entre otros rasgos de personalidad y la salud mental en general, se han descrito repetidamente como factores relacionados con el Burnout. Nuestros resultados sugieren que un entorno vital conflictivo con problemas en diferentes ámbitos y una base psicológica alterada, son sustratos sobre los que puede asentarse el SBO.

Por otro lado, las vías de escape para estas situaciones, como poder socializarse y afrontar el estrés con familia y amigos, disponer de tiempo para el ocio personal, los hobbies o el ejercicio regular, actuarían como factores protectores. Nuestros datos apoyan esta teoría, aunque no parece tan determinante la familia, pareja o hijos como defienden algunos autores, como el disponer de un círculo de amigos con el que quedar regularmente. Este apoyo social rebaja o elimina los estímulos estresantes, modifica la percepción de los estresores, influye sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado de ánimo, la motivación y la autoestima.

Algunos metaanálisis han señalado a la edad, tanto en el sentido de personas jóvenes como en el de menor experiencia profesional, como elemento predisponente al desgaste profesional. Aunque esta relación es progresiva, en la muestra analizada, es a partir de los 9 años trabajados cuando encontramos

mayor descenso del SBO. En los primeros años de ejercicio profesional se presupone mayor motivación y dedicación que puede volverse contra el individuo ante la falta de reconocimiento y alejamiento de su soporte social. Con los años, además de adquirir mayores competencias profesionales aumentando la eficacia, se vivirán experiencias y se desarrollarán mecanismos adaptativos para superar situaciones problemáticas, elevando el nivel de resiliencia y tolerancia ante las dificultades laborales.

En el plano laboral, no hemos encontrado la relación ya descrita con el número de horas de trabajo ni el número de guardias al mes, probablemente a consecuencia de que estas son bastante homogéneas entre todos los facultativos en nuestro país; sin embargo, sí que evidencia que la presión asistencial en forma de número de pacientes atendidos, influye de forma negativa en los profesionales.

Además del aspecto cuantitativo, la naturaleza de las tareas a realizar juega también un papel importante en el SBO. A menudo, en los hospitales españoles, la Urgencia de Pediatría no es considerada una verdadera sección o unidad a la que dotar exclusivamente de facultativos especialistas en UP; sino que especialistas en otras áreas son los encargados de prestar asistencia. Esto no ocurre en los casos en los que Urgencias constituye un Servicio independiente, situación en la que probablemente haya mejor organización de la actividad y mejor adecuación de los recursos humanos y materiales, ambos factores relacionados también con el Burnout.

En nuestra muestra, a pesar de haber sido difundida a través de RiSEUP-SPERG, solo en 9/32 centros participantes (28%) hay un especialista en

Urgencias siempre de guardia. Posiblemente esto ocurra en aquellos donde se atienden pacientes de mayor complejidad y esta exigencia de altos niveles de competencia puede subyacer al hecho de que se haya encontrado mayor proporción de Burnout en estas condiciones.

El ambiente laboral influye también en las esferas agotamiento personal y despersonalización. De nuestro estudio se desprende que el reconocimiento al esfuerzo y al trabajo por parte del círculo más cercano al profesional (compañeros y jefe inmediato), tiene mayor relevancia por encima del clima de trabajo, del reconocimiento de la institución e incluso de la propia estabilidad en el empleo. En esa línea, recientemente se ha publicado un estudio que propone un modelo predictivo donde no sentirse apreciado por pacientes y supervisores constituyen dos de las variables de riesgo independiente para el SBO.

Cabe preguntarse en qué medida estos factores pueden predecir el Burnout en diferentes ámbitos de trabajo. El análisis multinivel nos aporta información al respecto y permite concluir que, en nuestra muestra, la variabilidad en la presencia de Burnout, una vez controladas esas variables de riesgo, no puede atribuirse a diferencias entre hospitales o Comunidades autónomas, sino que serán otros factores dependientes del propio individuo los que lo determinen. Esto resulta especialmente útil a la hora de implementar líneas de actuación para prevenir y tratar el SBO, ya que supone que tendrán el mismo impacto independientemente de dónde se lleven a cabo; sus resultados únicamente variarán en función de otros factores relacionados con los propios individuos.

A la vista de nuestros hallazgos, se deberían diseñar estrategias para la detección precoz de Burnout a través del cribado de personalidades con tendencia a la ansiedad o depresión; implementar programas destinados a combatir el estrés de los trabajadores dotándoles de herramientas psicológicas para poder enfrentarlas; y fomentar la consecución de un equilibrio entre vida personal y profesional, que permita al individuo disponer de tiempo para sí mismo y para reforzar sus vínculos sociales. Además, desde el punto de vista organizativo, la adquisición y mejora de competencias para afrontar los retos asistenciales, la optimización de los recursos humanos y materiales para evitar la sobrecarga y el adecuado reconocimiento al profesional redundarían en un aumento del bienestar en el entorno de trabajo ayudando a combatir el desgaste.

Limitaciones

Nuestro estudio presenta una serie de limitaciones importantes empezando por la naturaleza de los participantes en el mismo ya que el hecho de haberse difundido a través de una sociedad científica de Urgencias presupone un mayor vínculo y compromiso de sus facultativos con esta actividad que en otros centros sin profesionales asociados. Igualmente, es muy probable que exista un cierto sesgo de voluntarios en la selección y cumplimenten la encuesta mayoritariamente las personas que se sientan quemadas, aunque el elevado porcentaje de participación en torno al 85% podría minimizar este efecto.

El periodo en el que se cumplimentaron las encuestas (octubre a enero) coincide con una época de importante carga asistencial, lo cual puede influir en los resultados. Además, el proyecto fue desarrollado antes de la pandemia COVID-19 por lo que sus efectos sobre los profesionales no están reflejados en

este trabajo. No obstante, este hecho permite reflejar la situación de los profesionales en un contexto basal, sin la influencia de vivencias devastadoras como la sufrida con la reciente pandemia.

Aunque se han incluido en el cuestionario preguntas que pretenden explorar de forma más o menos explícita diferentes aspectos de la personalidad de los individuos, es imposible abarcar todos los factores que pueden influir sobre ella. Del mismo modo, no se han investigado aspectos concretos de la actividad laboral específica de aquellos profesionales cuya actividad asistencial se desarrolla de forma parcial en Urgencias, aspectos que sin duda también podrían contribuir a explicar el SBO; aunque las variables contempladas han permitido explicar la variabilidad entre centros y entre Comunidades Autónomas.

Conclusiones

La afectación media o alta de las tres esferas del Burnout es elevada entre los facultativos especialistas en pediatría con actividad en Urgencias españoles, y prácticamente la totalidad de estos profesionales muestran alteración de al menos una de ellas. La organización de los servicios y la carga de trabajo son, junto a la experiencia profesional, el reconocimiento por parte de compañeros y supervisores, la presencia de problemas laborales y extralaborales, sintomatología de ansiedad y/o depresión y el soporte social, los principales factores relacionados con el desarrollo de Burnout en este colectivo. Al margen de estas circunstancias, no hay diferencias destacables en su prevalencia entre los diferentes hospitales ni entre las Comunidades Autónomas; por lo que

deberían implementarse medidas destinadas a paliar los factores favorecedores de manera universal.

SUMMARY

INTRODUCTION

Burnout Syndrome (BOS) or Professional Burnout can be understood as the extreme response to chronic stress that occurs in a workplace. BOS is recognized by the World Health Organization as an occupational disease that has a negative effect on physical and mental health, and can be expressed through different emotional, behavioral and psychosomatic symptoms.

In 1981, Maslach and Jackson defined BOS from a three-dimensional perspective as a combination of emotional exhaustion, depersonalization and lack of personal and professional fulfillment. The first of these would refer to the physical and psychological decay that lead to a wide range of feelings: inability to give more of him/herself on an affective level; hopelessness and helplessness; or loss of attraction towards their work, becoming tedious and uninteresting. All of the previous occur in consequence of the continuous interactions that workers must maintain between them and with their clients. Depersonalization would imply the development of negative attitudes and feelings towards the people to whom workers provide their services. This results in a lack of interest for their patients, an indifferent and dehumanized view of their problems and making them responsible for their state of need. The lack of personal and professional fulfillment would entail that neither work nor personal or institutional improvement are worthwhile and to increasingly evaluate themselves negatively, becoming unsatisfied and unhappy.

There is no specific cause for BOS and it has been related to professionals' psychological or psychopathological factors, sociodemographic, organizational and social factors.

Traditionally, BOS has been attributed to jobs in which there is close contact with other people and especially those in which there is an important emotional burden. Therefore, health professionals seem to be a particularly sensitive population to suffer this syndrome. Emergency Departments are places that generate stress due to the high care pressure, patients' high demand level, excessive working hours, lack of rest and high degree of responsibility, especially with patients with serious diseases. Also, in the case of pediatrics, professionals are involved not only in the integral care of children but as well of their family, therefore, the emotional response can sometimes be more important.

It is very important to characterize BOS in our professionals. Its consequences can be devastating for them and their environment, and can affect the quality of care, worsening the doctor-patient relationship and increasing the risk of producing errors. Describing this problem and its related factors will enable a high level of alertness in the most at-risk individuals and establish appropriate preventive measures.

The main objective of our study is to describe the prevalence of BOS among pediatricians who work in the Pediatric Emergency Department (PED).

Secondarily, to analyze the association between BOS and different socio-familial, demographic, work and reward factors.

MATERIAL AND METHODS

Multicenter cross-sectional survey study, developed among pediatricians performing care activity in PED, in Hospitals members of the Research Network of the Spanish Society of Pediatric Emergencies (RiSEUP-SPERG), between September 2019 and January 2020.

We included all pediatricians who completed the survey and that performed pediatric emergency care activity in the recruited centers.

Those who expressed their non-consent to participate in the survey, answered less than 80% of the questions corresponding to the independent variables or did not fully answer the questions of the Maslach Burnout Inventory questionnaire (dependent variable) were excluded.

Center recruitment was carried out by delivering the study protocol through the RiSEUP-SPERG e-mail distribution list. For each hospital recruited, a collaborating researcher was assigned and was in charge of fulfilling a first questionnaire with common data to all professionals as well as of delivering the survey among those physicians with activity in PED. The reception of surveys was carried out during 16 weeks. The Principal Investigator performed periodic database quality controls in order to eliminate duplicate surveys and to detect inconsistencies.

Socio-familial, demographic, occupational and reward variables were collected. All of them were grouped hierarchically into 3 levels: Baseline or individual level, Hospital level and Autonomous Community level. The main outcome variable was the presence of BOS. BOS was defined as medium or high

levels of emotional exhaustion and depersonalization with low or medium levels of personal fulfillment on the Maslach Burnout Inventory (MBI) scale. The MBI scale for healthcare personnel, validated in Spanish, is the most widely used scale worldwide for this purpose and has a high internal consistency and a reliability close to 90%.

Statistical analysis

After descriptive analysis of the independent variables, the prevalence of BOS was estimated in terms of percentage at 95% confidence interval (95%CI).

To evaluate the factors related to BOS, a univariate association study was initially performed using Fisher's Chi-square/exact for qualitative variables and Student's t test/ANOVA or Mann-Whitney/Kruskal-Wallis U test for quantitative variables according to the number of categories and the symmetry of the distribution. The strength of this association was assessed by binary logistic regression establishing odds ratios (OR) and their 95%CI. For qualitative variables with more than two categories, the risk was analyzed with respect to a reference category. Quantitative variables were categorized in order to facilitate understanding, defining the intervals according to the existing literature, clinical experience or graphic exploration of the variable.

Subsequently, a multivariate study was carried out by means of a multilevel analysis in which 3 hierarchical levels were established (individual level, hospital level and Autonomous Community level).

Different mixed-effects logistic regression models were created, in which the covariates with at least a tendency to statistical significance (that had been

obtained in the univariate analysis) were included. The random effect or variability attributed to the hierarchical levels was analyzed by means of the intraclass correlation index (ICC) and median odds ratio (MOR); as well as the fixed effect corresponding to the covariables by means of OR and its 95%CI. The quality of the models was determined using the Akaike information criterion. These models were built sequentially from the null model without covariates, in which variability was explored as a function of the different levels, through partial models, to the full model. Each of these partial models was adjusted by backward steps excluding those variables with no tendency to statistical significance and that did not modify the ICC of their model by more than 10%. Finally, the full model included the variability explained by the levels and covariates with significant association determined in the partial models.

A value of $p < 0.05$ was considered statistically significant and a value of $p < 0.10$ was considered a tendency to statistical significance.

The SPSS v.20 and Stata v.14 statistical packages were used for data analysis.

In order to fulfill the main objective of the study, sample size was calculated with a precision of 7% and taking as a reference the prevalence of 25%, with a confidence level of 95%. It was estimated that 147 valid surveys had to be completed.

RESULTS

Thirty-two hospitals among 12 Autonomous Communities were recruited. Surveys were sent to 466 physicians. A total of 392 completed forms were received (there were no exclusions), representing a 84.1% response rate.

The results showed the presence of BOS in 143 of the 392 participants, which translates into a proportion of BOS of 36.5% (95%CI:31.7-41.2%). The most affected domain was Depersonalization (281. 71.7%; 95%CI:67.2-76.1%) followed by Personal Accomplishment (259. 66.1%; 95%CI:61.4-70.8%) and Emotional Fatigue (203. 51.8%; 95%CI:46.8-56.7%). At least one area was affected in 341 professionals (87.0%).

After the univariate association analysis, several multilevel logistic regression models were sequentially created:

- Model 1: null model, in which only the influence of the Hospital and Autonomous Community levels on the variability of Burnout development is assessed.
- Model 2: in which individual dependent covariates are included.
- Model 3: includes covariates related to the Hospital level.
- Model 4: includes covariates related to the Autonomous Community level.
- Model 5: complete model, which includes, in addition to the random effect of the different levels, the fixed effect of all the covariates with a statistically significant association with the development of BOS detected in the previous models (models 2, 3 and 4).

After controlling self-dependent factors (model 2), the ICC showed that up to 10.4% of the variability in the BOS development depends on the differences

between hospitals. When introducing Hospital level dependent covariates (model 3), the ICC decreased to 0 and remained at 0 in the full model (model 5).

The differences between Autonomous Communities were barely relevant, obtaining an ICC of 0.008 in the full model. This complete model was the one that provided the best information according to the Akaike information criterion.

After the adjustment of the different models, we found that not having a stable circle of friends (OR: 2.57; 95%CI: 1.10-5.97), having problems both at work and outside work compared to not having problems (OR: 3.06; 95%CI: 1.60 - 5.88) and having been working for 9 years or less (OR: 2.31; 95%CI: 1.37 - 3.90), were factors related to the individuals themselves that independently increased the risk of BOS in the complete model. In addition, feeling professionally recognized by peers (OR: 0.48; 95%CI: 0.30 - 0.79) and their immediate boss seemed to act as protective factors (OR: 0.62; 95%CI: 0.41 - 0.93).

Among the Hospital-dependent elements, the fact that the Emergency Department was dependent on the Pediatrics Department (OR: 3.81; 95%CI: 1.85 - 7.85), having an Emergency Department specialist on duty (OR: 3.53; 95%CI: 1.62 - 7.73) and that each on-call physician had to deal with at least 28 emergency episodes in 24 hours (OR: 2.05; 95%CI: 1.01 - 4.16), were also independent risk factors for BOS.

DISCUSSION

Our study is the first multicenter study on BOS carried out in Spain among pediatricians, which represents practically the entire national territory, and

addresses factors related to BOS from a multivariate and multilevel perspective. A very large sample size was achieved with a very high participation grade. At the present time, it is the study that analyzes the largest number of variables potentially related to BOS.

Although MBI is the most universally used scale in the literature to evaluate BOS, a great variability of criteria have been proposed to define it. Therefore, its prevalence is variable, ranging from 7.1% to 76.1%. Our sample shows a higher prevalence in comparison to the prevalence obtained by the majority of other studies (which range between 20%-25%), including the one carried out on a population similar to ours and with identical diagnostic criteria in the USA. In any case, it is of great concern that more than a third of professionals show medium-high affectation of the three spheres with which Maslach and Jackson define Burnout, and that almost 90% of them have at least one of them affected.

Personality aspects such as anxiety or depression, which could affect the emotional exhaustion sphere, and introverted personality, were identified as Burnout contributing factors. Likewise, low emotional stability, tension, neuroticism among other personality traits and mental health, have been repeatedly described as factors related to Burnout. Our results suggest that a conflictive living environment added to problems in different areas as well as an altered psychological situation are substrates on which BOS may be based.

On the other hand, escape routes for these situations, such as being able to socialize and cope with stress with family and friends, having time for personal leisure, hobbies or regular exercise, would act as protective factors. Our data support this theory, although the family, partner or children do not seem to be as decisive as some authors argue, as is the availability of a circle of friends with

whom to meet regularly. This social support reduces or eliminates stressful stimuli, modifies the perception of stressors, has a positive influence on coping strategies and improves mood, motivation and self-esteem.

Some meta-analyses have pointed out that age, alluding both to young people and those with less professional experience, as a predisposing element to professional burnout. Although this relationship is progressive, in the sample analyzed, it is after 9 years of work that we found the greatest decrease in BOS. In the first years of professional practice, greater motivation and dedication are assumed, which can turn against the individual due to the lack of recognition and alienation from his or her social support. Over the years, in addition to improving professional skills and increasing work efficiency, experiences will be lived and adaptive mechanisms will be developed to overcome problematic situations, increasing resilience levels and tolerance to work difficulties.

In terms of work, we have not found the relationship described previously between BOS and the number of working shift hours or the number of shifts per month, probably due to the fact that these are very heterogeneous among physicians in our country; however, our study shows that the pressure of care in terms of the number of patients attended, has a negative influence on the professionals.

In addition to the previous, the type of the tasks to be performed during the working shift also plays an important role in BOS. Often, in Spanish hospitals, the Pediatric Emergency Department is not considered as an independent section or unit to be staffed exclusively by physicians specialized in pediatric emergency care; rather, specialists in other areas are in charge of providing care. This does not occur in cases where the Emergency Department is an independent unit, a

situation in which there is probably better organization and adequacy of human and material resources, both factors also related to Burnout.

In our sample, despite having been distributed through RiSEUP-SPERG, only in 9/32 participating centers (28%) there is an emergency specialist always on duty. Possibly this occurs in those hospitals where more complex patients are attended, hence the requirement of high levels of competence may justify the fact that a higher proportion of Burnout was found in these conditions.

The work environment also influences the spheres of personal exhaustion and depersonalization. Our study shows that a professional's closest circle (colleagues and immediate boss) effort and work recognition is more important than work environment, institutional recognition and even job stability itself. In fact, a study has recently been published that introduces a predictive model in which not feeling appreciated by patients and supervisors constitute two of the independent risk variables for BOS.

According to our findings, strategies should be designed for early detection of burnout through screening for personalities with a tendency towards anxiety or depression; programs should be implemented to tackle stress by providing workers with psychological tools to cope with it and develop a work-life balance that allows the individual to have time for him/herself and to strengthen social relationships. Furthermore, from the organizational point of view, the acquisition and improvement of competences to face daily work challenges, the optimization of human and material resources to avoid overload and the adequate professional recognition would result in an improvement of the work environment, helping to reduce burnout.

Limitations

Our study has some important limitations, starting with participants' characteristics. The survey was conveyed through an emergency department scientific society, therefore the commitment of its physicians to this activity is presumably higher than in other centers without associated professionals. Likewise, it is very likely that there is a certain volunteer bias in the selection process as well as the fact that the survey could have been completed mainly by people who feel burned out. However, the high percentage of participation, around 85%, could minimize this effect.

The period in which the surveys were completed (October to January) overlaps with a period of high health care burden, which may have influenced the results. In addition, the project was developed before the COVID-19 pandemic, so its effects on professionals are not reflected in this work. Nevertheless, this fact allows us to reflect the professionals situation in a baseline context, without the influence of devastating experiences such as the one suffered during the recent pandemic.

Although some questions have been included in the questionnaire that seek to explore more or less explicitly different aspects of the individuals personality, it is impossible to cover all the factors that can influence it. Similarly, we did not investigate specific aspects of the specific work activity of those professionals whose care activity is carried out partially in the emergency department, aspects that could undoubtedly also contribute to explain BOS. However, the variables studied were sufficient to explain the variability between centers and between Autonomous Communities.

Conclusions

Intermediate or high affectation of the three spheres of Burnout is high among pediatric specialists working in the Spanish emergency department. Practically all of these professionals show impairment in at least one of them. The organization of the services and the workload are, along with professional experience, recognition by colleagues and supervisors, the presence of work and other non-related to work problems, symptoms of anxiety and/or depression and social support, the main factors related to the development of burnout in these professionals. Besides these circumstances, there are no notable differences in its prevalence between different hospitals or between Autonomous Communities; therefore, measures aiming at reducing the factors that contribute to BOS development should be implemented universally.

INTRODUCCIÓN

Introducción

El Síndrome de Burnout (SBO) o de Desgaste Profesional puede entenderse como la respuesta extrema al estrés crónico que se produce en el ámbito laboral. El estrés laboral afecta a más del 25% de trabajadores de cualquier actividad y es una de las principales causas de absentismo laboral y pérdida de productividad¹. El SBO está reconocido por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad laboral que provoca detrimento en la salud física y mental de los individuos, manifestándose con sintomatología que se puede reflejar en el ámbito emocional, conductual y psicosomático².

- Síntomas emocionales²
 - Irritabilidad
 - Ansiedad generalizada y focalizada en el trabajo
 - Depresión
 - Frustración
 - Aburrimiento
 - Distanciamiento afectivo
 - Impaciencia
 - Desorientación
 - Sentimientos de soledad y vacío
 - Impotencia
 - Sentimientos de omnipresencia

- Síntomas conductuales²
 - Cinismo
 - No hablan
 - Apatía
 - Hostilidad
 - Susplicacia
 - Sarcasmo
 - Pesimismo
 - Absentismo laboral
 - Abuso del café, tabaco, alcohol, fármacos,...
 - Relaciones interpersonales distantes y frías
 - Tono de voz elevado (gritos frecuentes)
 - Llanto inespecífico, dificultad de concentración
 - Disminución del contacto con el público / clientes / pacientes
 - Incremento de los conflictos con compañeros
 - Disminución de la calidad del servicio prestado
 - Agresividad
 - Cambios bruscos de humor
 - Irritabilidad
 - Aislamiento
 - Enfado frecuente
- Síntomas psicósomáticos²
 - Fatiga crónica
 - Dolores de cabeza
 - Dolores musculares (cuello, espalda)

- Insomnio
- Pérdida de peso
- Úlceras y trastornos gastrointestinales
- Dolores en el pecho
- Palpitaciones.
- Hipertensión
- Crisis asmática
- Resfriados frecuentes.
- Aparición de alergias

A menudo estrés, ansiedad, depresión y Burnout pueden usarse como términos equivalentes, aunque no lo son. El estrés puede identificarse como el conjunto de cambios que experimenta nuestro organismo ante una situación exigente; en definitiva, una respuesta orgánica ante un estímulo que, en el ámbito laboral al igual que en otros aspectos de la vida, puede tornarse en algo positivo y hacernos progresar o en algo peligroso y provocar daños físicos y psicológicos prolongados. Así pues, el SBO es sólo una de las tantas maneras en que puede progresar el estrés laboral³⁻⁵. Las diferencias pueden ser algo más difusas con la ansiedad y la depresión ya que aunque ambos son considerados estados emocionales generalizados y el SBO es dependiente del trabajo, pueden presentarse juntos o sobreponerse, incluso algunos autores señalan que el SBO puede ser considerado un subtipo de depresión^{3,6}.

El concepto de Burnout se ha ido desarrollando desde su origen. Ya, Lief y Fox en 1963 introducen el término “preocupación distanciada” para hacer

referencia al comportamiento característico de profesiones sanitarias que deben implicarse en la cura sin caer en sobreimplicaciones emocionales y Zimbardo en 1970, alude a la “deshumanización defensiva” para referirse a la necesidad de defenderse de estados emocionales continuos y desequilibradores actuando con las personas como si se tratara exclusivamente de objetos o problemas a solucionar. No obstante, es el psiquiatra estadounidense Herbert Freudenberger quién define este síndrome por primera vez en 1974, como la sensación de fracaso y de una existencia agotada o gastada, resultante de una sobrecarga por exigencia de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador. Posteriormente, la psicóloga social e investigadora Christina Maslach en 1976, utiliza los mismos términos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional, al desinterés y al desarrollo de cinismo con los compañeros de trabajo. En la misma línea, Pines y Kafry en 1978, hablan de una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal; Spaniol y Caputo lo definen en 1979, como el síndrome derivado de la falta de capacidad para afrontar las demandas laborales o personales; y Edelwich y Brodsky en 1980, lo plantean como la pérdida progresiva del idealismo y energía vividos por la gente en las profesiones de ayuda como resultado de las condiciones del trabajo^{4,5,7}.

En 1981, Maslach y Jackson definieron el SBO desde una perspectiva tridimensional en la que se daba la conjunción de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal y profesional. El primero de ellos haría referencia a las sensaciones de decaimiento físico y psíquico con el que el trabajador siente que no puede dar más de sí mismo a nivel afectivo, sentimientos de desesperanza e indefensión y pérdida de atractivo en el trabajo

que se vuelve tedioso y sin interés, que se producen como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los clientes. La despersonalización supondría el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios, dando como resultado una falta de interés por el paciente con una objetivación fría de sus problemas, una visión indiferente y deshumanizada de los mismos y una culpabilización de su estado de necesidad. La falta de realización personal y profesional conllevaría la creencia en que ni el trabajo ni la mejora personal e institucional merecen la pena y la tendencia a calificarse negativamente, llegando a sentirse descontentos e insatisfechos^{5,8,9}.

No existe una causa concreta para la aparición del SBO y se ha relacionado con factores psicológicos o psicopatológicos de los profesionales (tanto positivos como negativos: optimismo, autoestima, afectividad, trastornos de personalidad,...), factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, red de apoyo sociofamiliar, estamento profesional, años de trabajo), organizacionales (turnos, horarios, rotaciones, sobrecarga laboral, estructura de los servicios, control sobre el propio trabajo, conflictos de roles, satisfacción e identificación con el equipo de trabajo y la empresa, sistema de recompensa, estrategias de motivación y expectativas de desarrollo profesional y conflictos entre los valores de la empresa y del profesional) y sociales^{1,10,11}.

El comienzo del SBO es insidioso, con frecuencia al principio es complicado diferenciar el síndrome del desgaste propio de la profesión. Se tiende a negar porque que se vive como un fracaso profesional y personal. Los signos

y síntomas que produce este síndrome se pueden agrupar en cuatro niveles de gravedad.

- Primer nivel: los síntomas son vagos, como falta de ganas de ir a trabajar o dolor de cabeza y cuello.
- Segundo nivel: empieza a molestar la relación con los otros, con sensación de persecución e incrementándose el absentismo.
- Tercer nivel: disminuye la capacidad laboral apareciendo enfermedades psicosomáticas.
- Cuarto nivel: se puede dar alcoholismo, drogadicción e intentos de suicidio¹². Este estadio final suele ser irreversible y la única solución es el abandono de la actividad profesional¹².

Las consecuencias pueden llegar a ser devastadoras repercutiendo tanto a nivel personal como a nivel laboral, pudiendo influir tanto en el propio individuo como en los compañeros, pacientes o las instituciones con las que interactúan. Diversos estudios demuestran cómo los profesionales “quemados” tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, hipercolesterolemia, diabetes tipo 2, enfermedades coronarias, fatiga prolongada, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales y respiratorios, así como una menor supervivencia global en los menores de 45 años. Además, tienden a aislarse alejándose progresivamente de familia y amigos con un mayor riesgo de depresión y suicidio que los trabajadores sanos. En cuanto al campo laboral sufren en mayor medida accidentes laborales graves y son más propensos a abandonar su profesión. Los que permanecen, pueden reducir notablemente su rendimiento laboral e

incrementar el absentismo. Todo ello con un coste tanto económico por la reducción de la productividad como de calidad y seguridad en su prestación por la limitación de la adecuación de las plantillas^{11,13-15}.

Tradicionalmente se ha relacionado el SBO con aquellas profesiones en las que se ejerce un contacto estrecho con otras personas y especialmente aquellas en las que existe una carga emocional importante. Por ello, los profesionales de la salud parecen una población especialmente sensible a padecer este síndrome^{4,7,9,16-18}.

Los Servicios de Urgencias constituyen lugares generadores de estrés debido a la alta presión asistencial, elevado nivel de exigencia por parte de los pacientes, excesivas horas de trabajo, falta de descanso y alto grado de responsabilidad sobre todo con pacientes con patología grave¹⁹. Además, en el caso de la Pediatría, los profesionales no sólo se ven implicados con la atención integral del niño sino también con la de la familia, por la que la respuesta emocional puede ser en ocasiones más importante²⁰.

Justificación

Es de suma importancia caracterizar el SBO en los profesionales de nuestro medio ya que tiene importantes repercusiones a nivel familiar y personal además de afectar a la calidad de su asistencia, empeorando la relación médico-paciente y aumentando el riesgo de cometer errores¹⁴. Describiendo el problema y los factores relacionados con él, se podrá tener un alto nivel de sospecha en los individuos de mayor riesgo y así, establecer medidas de prevención adecuadas.

Existen pocos estudios que describan la prevalencia y las situaciones relacionadas con el SBO en médicos de Urgencias Pediátricas, y los trabajos existentes tienen en general una pobre proporción de respuestas, se han realizado en países donde el sistema sanitario difiere notablemente del nuestro^{18,21,22} o incluyen en sus análisis otras categorías profesionales además de a los facultativos, por lo que sus resultados son difícilmente extrapolables^{17,23,24}.

Además, hasta el momento no se había abordado la búsqueda de factores relacionados con el SBO desde un enfoque multinivel en el que poder establecer la variabilidad atribuida a los niveles jerárquicos en los que se agrupan los individuos estudiados y no contemplada en las variables incluidas en el análisis. Este hecho lo consideramos fundamental para poder referir en qué medida los resultados de acciones correctoras pueden variar en función del ámbito en el que se apliquen.

Objetivos

El objetivo principal de nuestro estudio es describir la prevalencia de SBO entre los médicos pediatras que realizan actividad asistencial en Urgencias de Pediatría.

Secundariamente, analizar la asociación entre diferentes factores sociofamiliares, demográficos, laborales y de recompensa, y el SBO.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Estudio de encuestas transversales multicéntrico desarrollado entre los médicos pediatras que realizan actividad asistencial en Urgencias de Pediatría, en Hospitales miembros de la Red de Investigación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (RiSEUP-SPERG), entre septiembre de 2019 y enero de 2020.

Desarrollo

Tras la evaluación y autorización por el Comité de ética de la investigación con medicamentos del Hospital coordinador (marzo de 2019), la aprobación por el Comité evaluador de RiSEUP-SPERG y la ratificación en Asamblea de la misma (mayo de 2019), se inició el periodo de reclutamiento de los posibles centros participantes. Para el reclutamiento, se envió el protocolo de estudio a la lista de distribución de correo electrónico de RiSEUP-SPERG (junio a agosto de 2019).

Cada centro hospitalario reclutado contó con un investigador colaborador encargado de difundir la encuesta entre los médicos con actividad en Urgencias de Pediatría de su hospital y de cumplimentar un primer cuestionario con los datos comunes para los médicos de su hospital (septiembre de 2019).

La recepción de encuestas se llevó a cabo durante un periodo de 16 semanas (octubre de 2019 a enero de 2020), tras las cuales concluyó la fase de recogida de datos. Durante este periodo, el Investigador principal contactó quincenalmente con los investigadores colaboradores para incentivar la participación en el estudio y además, realizó controles periódicos de calidad de la base de datos a fin de eliminar encuestas duplicadas o detectar incongruencias o valores anormales.

Muestra

Se incluyeron todos aquellos médicos pediatras con actividad asistencial en Urgencias de Pediatría pertenecientes a los centros reclutados que cumplieron la encuesta.

Se excluyeron aquellos que expresaron su no consentimiento a participar en la encuesta, respondieron a menos del 80% de las preguntas correspondientes a las variables independientes o no respondieron en su totalidad las preguntas del cuestionario Maslach Burnout Inventory (variable dependiente).

Se definió médico pediatra con actividad asistencial en Urgencias de Pediatría, aquel facultativo especialista en pediatría que, desarrollando su actividad asistencial en un hospital, esta se realiza total o parcialmente en el área de Urgencias de Pediatría (1- dedicación completa; 2- dedicación parcial complementada con actividad en área de consultas, hospitalización, neonatología o cuidados intensivos; 3- solo en forma de guardias).

Se definió médico especialista en Urgencias de Pediatría, aquel facultativo especialista en pediatría con actividad asistencial con dedicación exclusiva en Urgencias de Pediatría durante al menos 2 años.

Fuentes de datos

Toda la información incluida en el estudio se obtuvo a partir de dos encuestas elaboradas sobre la aplicación web "Formulario de Google (Google Forms)".

- Primera encuesta (Anexo 1): datos generales comunes a cada hospital, cumplimentada por el investigador colaborador de cada centro.
- Segunda encuesta (Anexo 2): encuesta cumplimentada por cada participante, con 3 partes diferenciadas:
 - Parte preliminar: destinada al consentimiento para participar en el estudio.
 - Parte I: en la que se solicitaban las iniciales de quién rellena el formulario (a fin de detectar duplicidades) y se interrogaba sobre diferentes factores potencialmente relacionados con el desarrollo de Burnout (variables independientes).
 - Parte II: consistente en la encuesta Maslach Burnout Inventory (MBI) propiamente dicha (variable dependiente).

Todas las encuestas fueron anónimas. Las respuestas se volcaron a una base de datos (Microsoft Excel®) que fue custodiada y protegida por el Investigador principal.

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLES INDEPENDIENTES

Las variables independientes recogidas fueron datos sociofamiliares, demográficos, laborales y de recompensa. (Anexo 1 y Anexo 2-Parte I). Todas ellas se agruparon de modo jerárquico en 3 niveles (Basal o individuo¹, Hospital² y Comunidad Autónoma³), identificados en la tabla 1 con el superíndice correspondiente.

Tabla 1. Variables independientes recogidas en las encuestas.

<p>FACTORES SOCIOFAMILIARES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¹Edad. ▪ ¹Sexo. ▪ ¹Estado civil. ▪ ¹Pareja estable. ▪ ¹Hijos. ▪ ¹Vivienda en propiedad. ▪ ¹Gastos de vivienda. ▪ ¹Convivientes en domicilio. ▪ ¹Familiares en la misma localidad de residencia. ▪ ¹Círculo de amigos. ▪ ¹Personalidad. ▪ ¹Carácter. ▪ ¹Religiosidad. ▪ ¹Actividad física. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¹Hobbies. ▪ ¹Se considera feliz. ▪ ¹Problemas en su vida. ▪ ¹Toma de ansiolíticos/antidepresivos por estrés laboral. ▪ ¹Toma de ansiolíticos/antidepresivos por otras causas. ▪ ¹Toma de medicación para insomnio por estrés laboral. ▪ ¹Toma de medicación para insomnio por otras causas. ▪ ¹Dispone de empleada de hogar.
<p>FACTORES DEMOGRÁFICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¹Localidad de residencia y trabajo. ▪ ¹Años residiendo en localidad actual. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¹Tiempo desde domicilio a trabajo. ▪ ¹Medio de transporte para desplazarse al trabajo.

<p>FACTORES LABORALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ²Complejidad del hospital. ▪ ²Número de urgencias anuales. ▪ ²Gestión pública o privada del hospital. ▪ ²Servicio del que dependen las Urgencias pediátricas. ▪ ³Tipo de contrato. ▪ ¹Tiempo trabajado. ▪ ²Número de especialistas en Urgencias. ▪ ²Hay siempre un especialista en Urgencias de guardia. ▪ ¹Tipo de actividad en Urgencias. ▪ ¹Realiza guardias. ▪ ¹Es médico especialista en Urgencias pediátricas. ▪ ²Número de urgencias al día por cada adjunto de guardia. ▪ ²Número de urgencias al día por cada facultativo de guardia (Adjunto+MIR). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ²Número de Médicos internos residentes (MIR) por cada adjunto de guardia. ▪ ²Número de guardias al mes. ▪ ²Número de horas al mes en actividad asistencial. ▪ ¹Actividad docente. ▪ ¹Actividad investigadora. ▪ ¹Otras actividades no asistenciales (compromiso con la institución). ▪ ²Tiempo liberado para actividad no asistencial. ▪ ¹Tiempo empleado fuera de la jornada laboral para actividad no asistencial. ▪ ¹Cursos de formación en el último año.
<p>FACTORES RELACIONADOS CON LA SATISFACCIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¹Profesionalmente reconocido por sus compañeros. ▪ ¹Profesionalmente reconocido por su jefe inmediato. ▪ ²Profesionalmente reconocido por la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¹Satisfecho con la relación con sus compañeros. ▪ ¹Satisfecho con la relación con su jefe inmediato. ▪ ³Satisfecho con su salario.

Niveles jerárquicos en los que se clasifican las variables: Basal o individuo¹, Hospital² y Comunidad Autónoma³.

Las respuestas a las preguntas “Número de adjuntos de guardia” y “Número de MIR de guardia (pediatría, familia...)”, se transformaron en variables cuantitativas ficticias de utilidad únicamente comparativa para analizar la presión asistencial, resultantes de dividir la media de urgencias diarias de cada centro entre la respuesta a estas preguntas. Estas variables ficticias se utilizaron únicamente para valorar la influencia de la presión asistencial en el riesgo de SBO.

Dada la complejidad y diversidad de los turnos de trabajo en los diferentes hospitales, con el fin de homogeneizar el análisis, se consideró guardia aquel turno desarrollado en el área de Urgencias con una duración mínima de 12 horas y que incluya la noche. En caso de no reunir estas condiciones se le consideró turno.

VARIABLE DEPENDIENTE

Presencia de Síndrome de Burnout, definida para este trabajo como niveles medios o altos de agotamiento emocional y despersonalización junto a niveles bajos o medios de realización personal, en la escala Maslach Burnout Inventory (MBI)¹⁷.

Medida de la variable dependiente

Para determinar la presencia e intensidad del SBO, se utilizó la escala Maslach Burnout Inventory para personal sanitario validada en español¹⁶ (Anexo 2-Parte II). Esta escala, la más utilizada en todo el mundo para este fin, tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%⁴.

La escala consta de 22 afirmaciones, las cuales se puntúan cada una de ellas de 0 a 6:

*0 = Nunca

*1 = Pocas veces al año o menos

*2 = Una vez al mes o menos

*3 = Unas pocas veces al mes o menos

*4 = Una vez a la semana

*5 = Pocas veces a la semana

* 6 = Todos los días.

Todas las afirmaciones se clasifican a su vez en 3 subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Las puntuaciones altas en las dos primeras subescalas, así como puntuaciones bajas en la tercera subescala, determinan el grado de SBO, según la distribución que se muestra en la tabla 2¹².

Tabla 2. Maslach Burnout Inventory. Subescalas y clasificación según la puntuación obtenida.

	BAJO	MEDIO	ALTO
Cansancio Emocional	0-18	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Realización personal	0-33	34-39	40-56

Aunque los autores de esta escala establecen inicialmente esta clasificación, advierten de que no debe usarse con fines diagnósticos ya que el SBO es una experiencia continua y la delimitación de los rangos bajo, medio y alto en base a puntos de corte, obedeció a criterios puramente estadísticos, como ha sido señalado en algunos trabajos^{25,26}. Sin embargo, la investigación ha buscado convertir estos puntos de corte en una medida que proporcione un diagnóstico de Burnout utilizando para ello diferentes criterios, pero siempre con el objetivo de convertirla en una variable dicotómica. Para corregir ese error, los autores decidieron eliminar esas categorías proponiendo un nuevo enfoque basado en perfiles más personales²⁷. No obstante, dados los objetivos que nos planteamos en este trabajo de investigación y a fin de poder comparar nuestros resultados con la literatura científica disponible hasta el momento, decidimos utilizar la clasificación inicialmente sugerida por los autores del cuestionario y mantener como criterio definitorio de SBO el utilizado en los estudios más recientes sobre una población similar a la nuestra¹⁸.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociofamiliares, demográficas, laborales y de satisfacción, de los individuos con y sin SBO. Las variables categóricas se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes y las cuantitativas como media y desviación estándar o mediana e intervalo intercuartílico en función de la simetría de la distribución. La distribución de las variables cuantitativas se exploró mediante histogramas y gráficos P-P.

Tras el análisis descriptivo de las variables independientes, la prevalencia de SBO se estimó en términos de porcentaje e IC95%.

Para evaluar los factores de riesgo relacionados con el SBO se realizó inicialmente un estudio de asociación univariable empleando como test estadísticos el Chi cuadrado o exacto de Fisher para las variables cualitativas y t de Student o ANOVA, o U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis para las cuantitativas en función del número de categorías y la simetría de la distribución. La fuerza de esta asociación se evaluó mediante Regresión logística binaria estableciendo odds ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95% (IC95%). Para las variables cualitativas con más de dos categorías se analizó el riesgo respecto a una categoría de referencia. Las variables cuantitativas fueron categorizadas con el fin de facilitar el análisis de riesgo de SBO y facilitar su comprensión, definiéndose los intervalos en función de la literatura existente, experiencia clínica o la exploración gráfica de la variable. Posteriormente se realizó un estudio multivariable mediante un análisis multinivel en el que se establecieron

3 niveles jerárquicos (nivel individuo, nivel hospital y nivel Comunidad Autónoma). Este tipo de análisis se justifica por las condiciones similares de los trabajadores dentro de un mismo hospital, y dentro de una misma Comunidad Autónoma por la competencia de las mismas en materia de política sanitaria.

En primer lugar, se evaluó la conveniencia de realizar el modelo multinivel mediante test de verosimilitud con estadístico Chi cuadrado. Seguidamente, se crearon secuencialmente diferentes modelos mixtos de regresión logística multinivel, en los que el efecto aleatorio correspondiente a los niveles jerárquicos se describió mediante índice de correlación intraclase (ICC) y median odds ratio (MOR); y el efecto fijo correspondiente a las diferentes covariables mediante odds ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95% (IC95%). La calidad de los modelos se determinó a través del criterio de información de Akaike (AIC). Estos modelos fueron construidos secuencialmente desde el modelo vacío sin covariables, en el que se exploró la variabilidad en función de los diferentes niveles, pasando por modelos parciales, hasta el modelo completo. En estos modelos parciales se fueron incluyendo las covariables de los diferentes niveles con, al menos, tendencia a la significación estadística objetivada en el análisis univariable; y fueron ajustándose, cada uno de ellos, por pasos hacia atrás excluyendo aquellas sin tendencia a la significación estadística y que no modificaban el ICC de su modelo más de un 10%. El modelo completo incluyó la variabilidad explicada por los niveles y las covariables con asociación significativa determinada en los modelos parciales.

Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$ y la no inclusión del valor 1 en los Intervalos de confianza de odds ratio. Se consideró tendencia a la significación estadística un valor de $p < 0,10$.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS v.20 y Stata v.14.

Tamaño muestral

Para cumplir con el objetivo principal del estudio, que era describir la prevalencia de SBO en médicos pediatras que realizan actividad asistencial en Urgencias de Pediatría, con una precisión del 7% y tomando como referencia la prevalencia del 25% descrita entre este grupo de profesionales en EE.UU¹⁸, con un nivel de confianza del 95%, se estimó necesario la cumplimentación de 147 encuestas válidas; de modo que asumiendo un 15% de pérdidas, se calculó que era necesario distribuir al menos 170 encuestas.

Aspectos éticos

La encuesta online, enviada a los participantes, fue anónima y se inició con un apartado de consentimiento informado en el que se detallaron las condiciones de participación, solicitando la selección activa de consentimiento o no consentimiento de participación. La selección de la opción de no consentimiento llevó a la finalización del formulario sin solicitar ningún dato al participante.

Los investigadores colaboradores tendrán acceso, finalizado el trabajo y publicados los resultados, a los datos relativos a la escala MBI de los participantes de su centro, a fin de conocer la situación de Burnout en el mismo. En ningún caso se les facilitará los datos sociodemográficos o laborales que pudieran permitir identificar a cada individuo.

Este estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del centro al que pertenece el investigador principal (Hospital General Universitario Gregorio Marañón), con fecha 4 de marzo de 2019.

RESULTADOS

Se reclutó para el estudio a 32 Hospitales de 12 Comunidades autónomas diferentes (figura 1), enviándose las encuestas a 466 Facultativos especialistas en Pediatría con actividad en Urgencias Pediátricas de dichos Hospitales. Se recibieron 392 formularios cumplimentados (no hubo exclusiones), lo que supone una proporción de respuesta del 84,1%.

Figura 1. Mapa de España con las Comunidades autónomas representadas en el estudio (en amarillo).



Características de los Facultativos participantes

SOCIOFAMILIARES:

Los participantes tuvieron una media de edad de 39,2 años (DE: 7,9 años) con un rango desde los 28 hasta los 66 años, siendo 296 mujeres (75,5%) y 96 hombres (24,5%).

Trescientos cuarenta y ocho personas refirieron tener pareja estable en ese momento (88,8%), de los cuales en 140 (40,2%) ésta era profesional sanitario. El estado civil fue casado o pareja de hecho en 252 (64,3%), soltero en 120 (30,6%), divorciado o separado en 19 (4,8%) y viudo en 1 (0,3%). Tenían hijos 224 profesionales (57,1%), siendo la mediana de edad del menor de ellos (en el caso de tener más de uno) 1 año (0-2 años).

La vivienda de 213 personas (54,3%) estaba sometida a hipoteca, alquiler/alquiler con opción a compra en el caso de 121 (30,9%) y no les suponía gasto a 58 personas (14,8%). La media de convivientes en el domicilio (incluido el participante) fue de 3,0 (DE: 1,4).

Trescientos cincuenta y ocho encuestados (91,3%) afirmaron disponer de un círculo de amigos al que ven con regularidad (al menos 1 vez al mes). Percibían su personalidad como extrovertida 189 (48,2%) o neutra 152 (38,8%), mientras que 51 (13,0%) se consideraban introvertidos. Igualmente, se

identificaban como optimistas 231 (58,9%) o neutros 130 (33,2%), mientras que 31 (7,9%) lo hacían como pesimistas.

Desde el punto de vista religioso se definieron como creyentes 214 individuos (54,6%), aunque de ellos 173 (80,8%) no acudía regularmente a celebraciones. El cristianismo fue la religión profesada por 210 personas (98,1%).

Realizaban actividad física (al menos una vez por semana) 280 participantes (71,4%) con una mediana de 2 días por semana (0-3) y disponían de algún hobby 323 (82,4%).

Trescientas cuarenta y ocho personas (88,8%) se consideraban felices en ese momento, aunque 273 (69,6%) reconocían tener algún problema relevante que les inquietaba; 75 (27,5%) relacionado con su situación laboral, 104 (38,1%) con otros aspectos de su vida y 94 (34,4%) en ambos ámbitos. Cuarenta y nueve (12,5%) refirieron haber recurrido a medicación ansiolítica/antidepresiva por circunstancias relacionadas con estrés laboral y 87 (22,2%) por no relacionadas con estrés laboral; 103 (26,3%) manifestaron haber padecido trastornos del sueño relacionados o no con el trabajo.

Doscientos cincuenta y tres encuestados (64,5%) contaban con la ayuda de algún empleado de hogar.

DEMOGRÁFICOS:

Los profesionales participantes se distribuyeron en 32 Hospitales de 12 Comunidades autónomas diferentes (tabla 3) con una media de 12 facultativos por centro (DE: 5).

Tabla 3. Hospitales y Comunidades Autónomas representadas en el estudio.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	HOSPITAL
Andalucía	Puerta del Mar
	Virgen de las Nieves
	Virgen del Rocío
Aragón	Barbastro
	Miguel Servet
Asturias	Cabueñes
Canarias	Insular de Canarias
Castilla y León	Río Hortega
	Salamanca
Cataluña	Arnau de Vilanova
	Consorti Sanitari de Terrasa
	Joan XXIII
	Sant Joan de Déu
	Sant Pau
	Vall d'Hebron
Comunidad de Madrid	Fuenlabrada
	Gregorio Marañón
	Infanta Leonor
	Infanta Sofía
	La Paz
	Niño Jesús
	Príncipe de Asturias
	Tajo
Comunidad Valenciana	Doctor Peset
	Francisc de Borja
Galicia	A Coruña
Islas Baleares	Son Espases
País Vasco	Basurto
	Cruces
	Donostia
	Mendaro
Región de Murcia	Virgen de la Arrixaca

Ciento cincuenta y seis (39,8%) facultativos encuestados vivían en una localidad diferente a la de su centro de trabajo y residían en su vivienda desde hace una mediana de 13 años (6-31). Se desplazaban a su hospital preferentemente en vehículo privado (247; 63,0%) seguido de metro, tren o cercanías (56; 14,3%), caminando (48; 12,2%), autobús (31; 7,9%) y bicicleta o patinete eléctrico (10; 2,6%); invirtiendo en llegar una mediana de 25 minutos (15-40).

LABORALES:

De los Hospitales participantes, 18 (56,3%) son considerados de alta complejidad o terciarios, 11 (34,4%) secundarios y 3 (9,4%) primarios, y atendían una mediana de 31.500 urgencias anuales (23.465-49.500). La gestión del centro era pública en 31 casos (96,9%). En 5 Hospitales (15,6%) las Urgencias Pediátricas constituían un Servicio independiente, mientras que 25 (78,1%) dependían de Pediatría, 1 (3,1%) de Urgencias generales y otro (3,1%) tanto de Pediatría como de Urgencias generales.

El tipo de contrato de 252 facultativos (64,3%) era de naturaleza temporal, siendo 111 (44,0%) interinidad, 88 (34,9%) eventual o sustitución, 34 (13,5%) guardias y 19 (7,5%) otro tipo de contrato no fijo ni indefinido; con una mediana de 4 años (2-9) encadenando contratos temporales.

La mediana de años trabajados como pediatra fue de 9 (4-15) y con actividad en Urgencias de 8 (3-13). El centro de trabajo actual era el mismo

desde hace una mediana de 6 años (2-11), lo que supone que el tiempo trabajado como pediatra había tenido lugar en el mismo centro en que se encontraba en ese momento en una media del 72,8% (DE: 35,1) de los años trabajados.

En cada Urgencia trabajaba una mediana de 6 médicos especialistas en Urgencias Pediátricas (1-8) y en 9 (28,1%) siempre había uno de esos especialistas de guardia. La mediana de médicos adjuntos de guardia era de 2 (1-3) y de MIR también de 2 (1-4).

Realizan actividad exclusivamente en Urgencias 121 pediatras (30,9%), 53 (43,8%) en turno fijo de mañana, 5 (4,1%) en turno fijo de tarde y 63 (52,1%) en turno rotatorio o sin turno. Ciento doce (28,6%) refirieron ajustarse a la definición de médico especialista en Urgencias de Pediatría desde hace una mediana de 8 años (3-12). Solo realizaban actividad en Urgencias en forma de guardias 87 (22,2%) encuestados mientras que 184 (46,9%) prestaban asistencia alternándola con otras secciones pediátricas.

Trescientos sesenta y nueve facultativos (94,1%) realizaban guardias en Urgencias. La mediana guardias mensuales fue de 4 (3-5) sumando una jornada laboral media (jornada ordinaria más guardias) de 174 horas al mes (DE: 53). Se obtuvo una ratio mediana de 1 MIR por cada facultativo especialista (0,7-1,5) durante las guardias.

Complementaban su jornada laboral en otros lugares 85 médicos (21,6%), 46 (54,1%) en centros privados y 39 (45,9%) en públicos.

Realizaron actividades no asistenciales en el último año 392 pediatras (84,1%), siendo estas actividades docentes para 355 (90,6%), con una mediana de 12 horas (4-36); investigadoras 253 (64,5%) con la participación en una mediana de 1 proyecto de investigación (0-2) en el último año; y otras actividades de compromiso con la institución (comités, calidad, seguridad,...) 237 (60,5%). Doscientos sesenta y cinco facultativos (67,6%) afirmaron no disponer de tiempo específico liberado para actividad no asistencial durante su jornada laboral y 92 (23,5%) disponía, aunque lo consideraban insuficiente. Dedicaban tiempo a preparar o ejecutar actividades no asistenciales fuera de su jornada laboral 389 de los 392 individuos (99,2%), siendo al menos una vez a la semana 249 (63,5%).

Recibieron cursos de formación en el último año 319 pediatras (81,4%) con una mediana de 2 (1-3) cursos en ese último año.

SATISFACCIÓN:

Setenta y seis profesionales (19,4%) sentían estar poco o nada reconocidos por sus compañeros, 121 (30,9%) si nos referimos al reconocimiento por su jefe inmediato y 250 (63,8%) si lo hacemos por la institución. Por el contrario, estaban bastante o muy satisfechos con la relación entre compañeros 361 encuestados (92,1%), con la relación con su jefe inmediato 287 (73,2%) y con su salario 162 (41,4%).

Prevalencia de Síndrome de Burnout

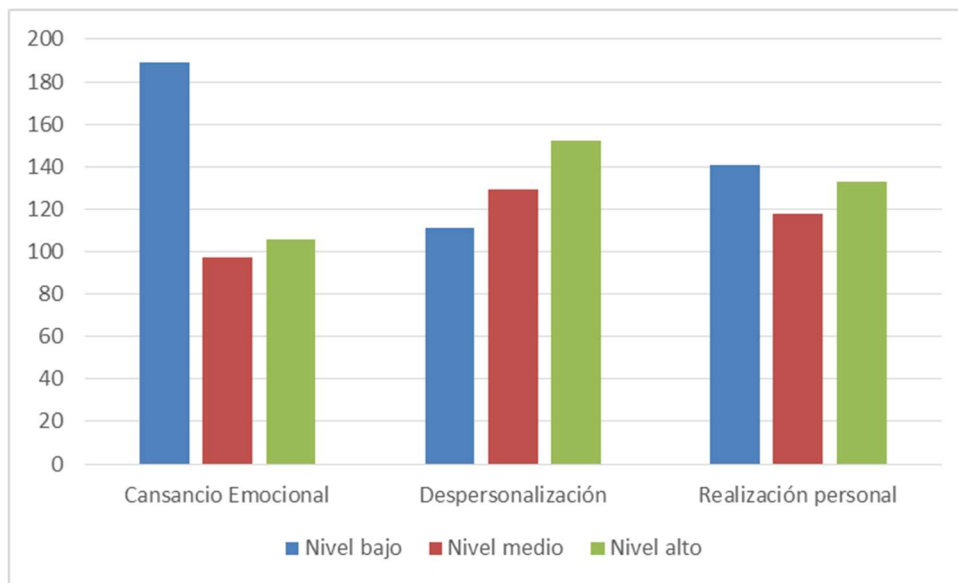
Los resultados tradujeron una proporción de SBO del 36,5% de los facultativos encuestados (IC95%: 31,7 - 41,2%). La esfera más afectada fue la de Despersonalización (281. 71,7%; IC95%: 67,2 - 76,1%) seguida de Realización personal (259. 66,1%; IC95%: 61,4 - 70,8%) y Cansancio emocional (203. 51,8%; IC95%: 46,8 - 56,7%). (Tabla 4 y figura 2). Mostraron afectada al menos 1 esfera 341 personas (87,0%).

Tabla 4. Subescalas y grado de afectación en relación al Síndrome de Burnout.

	Nivel bajo N (%)	Nivel medio N (%)	Nivel alto N (%)	Puntuación Media (DE)
Cansancio Emocional	189 (48,2)	97 (24,7)	106 (27,0)	21,1 (10,6)
Despersonalización	111 (28,3)	129 (32,9)	152 (38,8)	8,6 (5,0)
Realización personal	141 (36,0)	118 (30,1)	133 (33,9)	35,5 (8,0)

Los valores se expresan en número absoluto y porcentaje. Con fondo gris los niveles de cada subescala que definen el Síndrome de Burnout.

Figura 2. Representación gráfica del número de participantes con los diferentes grados de afectación en las distintas subescalas del Síndrome de Burnout.



Factores relacionados con el Síndrome de Burnout. Análisis univariable

SOCIOFAMILIARES:

La edad de los individuos afectados de SBO fue ligeramente inferior a los que no lo sufrían (37,8 años; DE: 6,9 vs. 40,1 años; DE: 8,4. $p=0,003$) (figura 3), descendiendo ligeramente el riesgo de SBO por cada año que aumentaba la edad (OR: 0,96; IC95%: 0,94-0,99). Así, 93 menores de 40 años (41,2%) presentaron SBO, en contraste con los 50 de 40 años o más (30,1%) ($p=0,005$) (figura 4).

Figura 3. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con la edad en años.

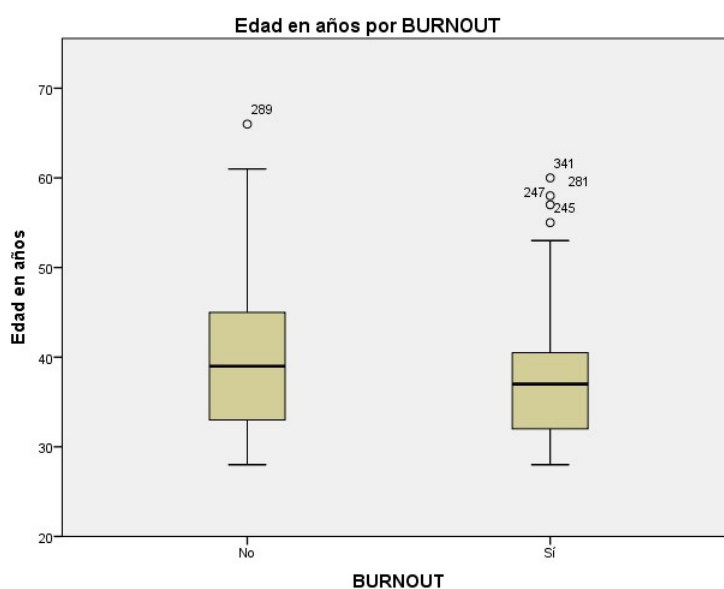
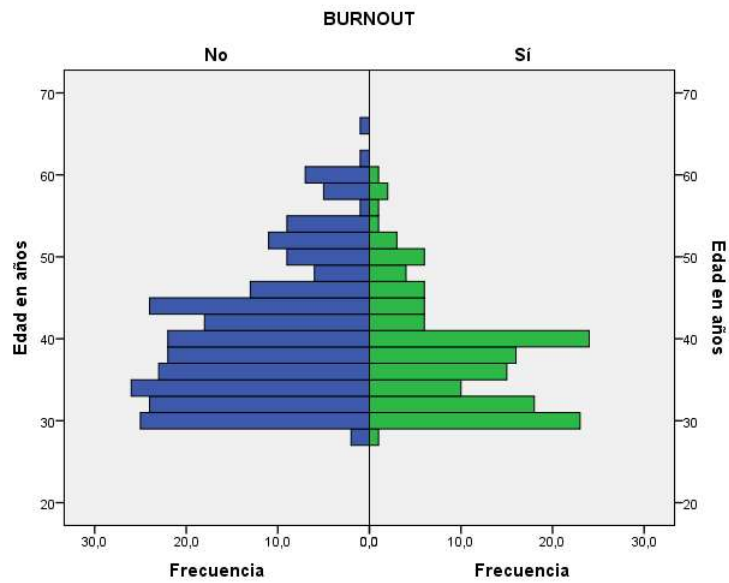


Figura 4. Pirámide poblacional que muestra la distribución del Burnout según la edad.



No existió diferencia en la proporción de SBO respecto al sexo (hombres: 35; 36,5% vs mujeres: 108; 36,5%. $p=0,996$) (figura 5), estado civil (casado o pareja de hecho: 85; 33,7% vs soltero 48; 40,0% vs divorciado o separado 10; 52,6% vs viudo 0; 0%. $p=0,243$) (figura 6) ni el tipo de pareja (sin pareja: 18; 40,9% vs pareja estable no profesional sanitario: 80; 38,5% vs pareja estable profesional sanitario: 45; 32,1%. $p=0,394$) (figura 7).

Figura 5. Distribución del Síndrome de Burnout en función del sexo.

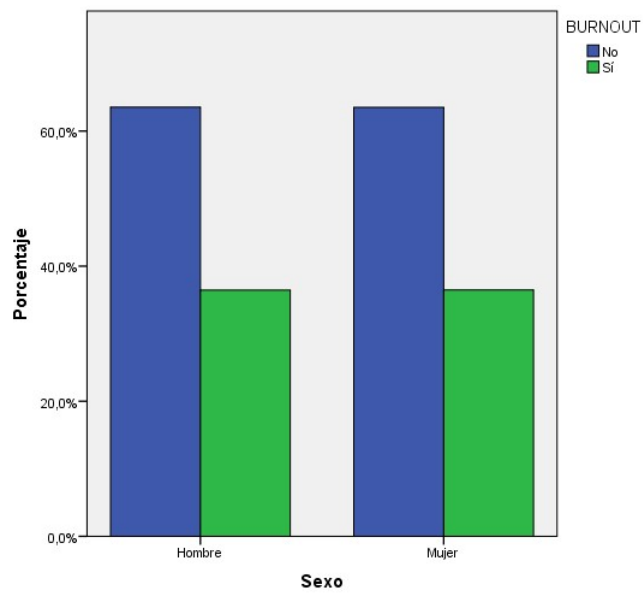


Figura 6. Distribución del Síndrome de Burnout en función del estado civil.

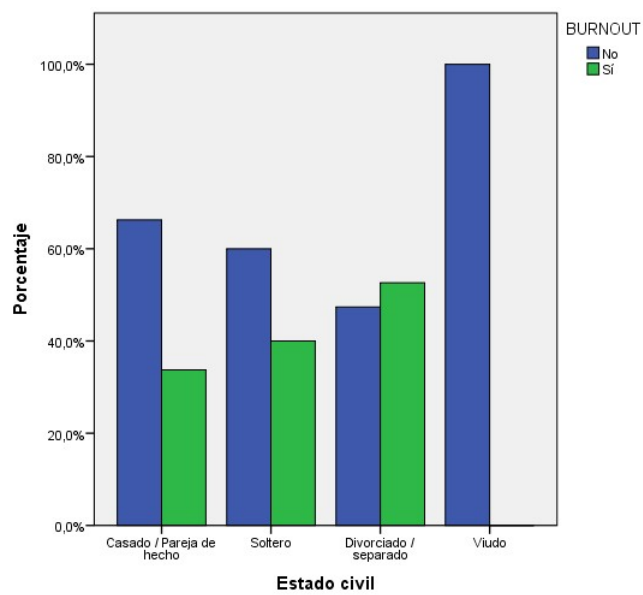
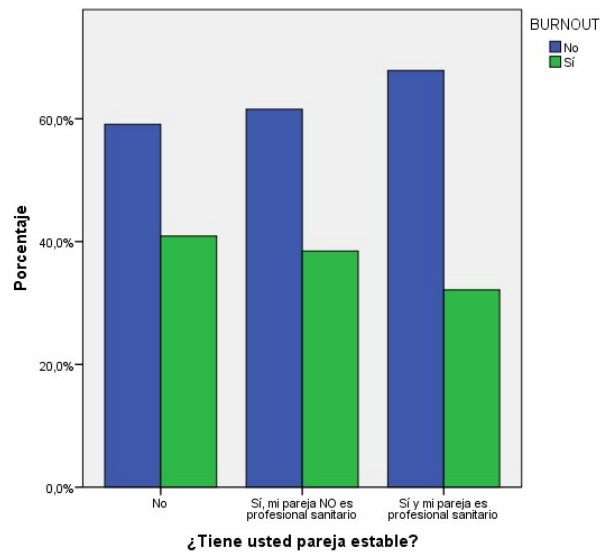


Figura 7. Distribución del Síndrome de Burnout en función del tipo de pareja.



No tener hijos se relacionó con mayor SBO (sin hijos: 72; 42,9% vs con hijos: 71; 31,7%. $p=0,023$) (figura 8), disminuyendo el riesgo por cada hijo añadido ($p=0,019$) (figura 9), aunque la edad del menor de los hijos no pareció variar la frecuencia del trastorno (Con SBO: mediana 4 años; 2-9 vs sin SBO: mediana 5 años; 1-11. $p=0,787$).

Figura 8. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la presencia de hijos.

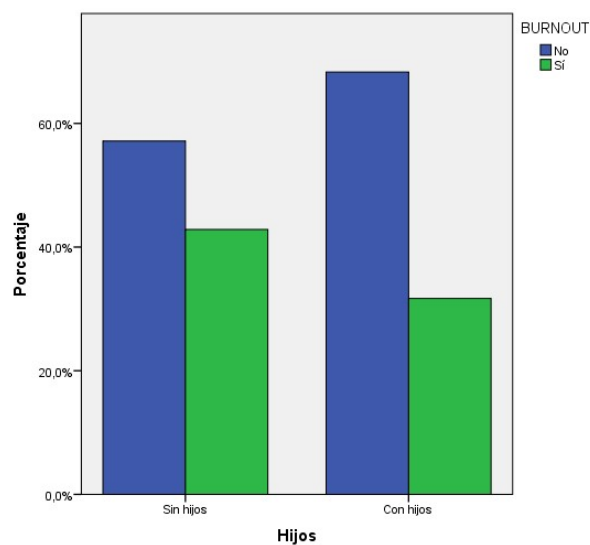
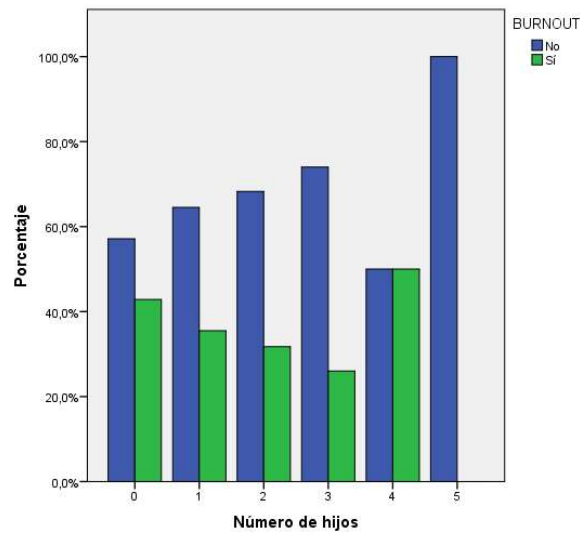


Figura 9. Distribución del Síndrome de Burnout en función del número de hijos.



El hecho de tener una vivienda en propiedad tampoco afectó a la presencia de SBO (propietario: 93; 35,6% vs no propietario: 50; 38,2%. $p=0,623$) (figura 10), sin embargo, los gastos relacionados con la misma sí que mostraron una asociación con tendencia a la significación estadística. Aquellos con hipoteca o alquiler (81; 38,0% y 47; 38,8% respectivamente) tuvieron más SBO que aquellos a los que su vivienda no les suponía gasto (15; 25,9%) ($p=0,069$) (figura 11).

Figura 10. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la propiedad de la vivienda.

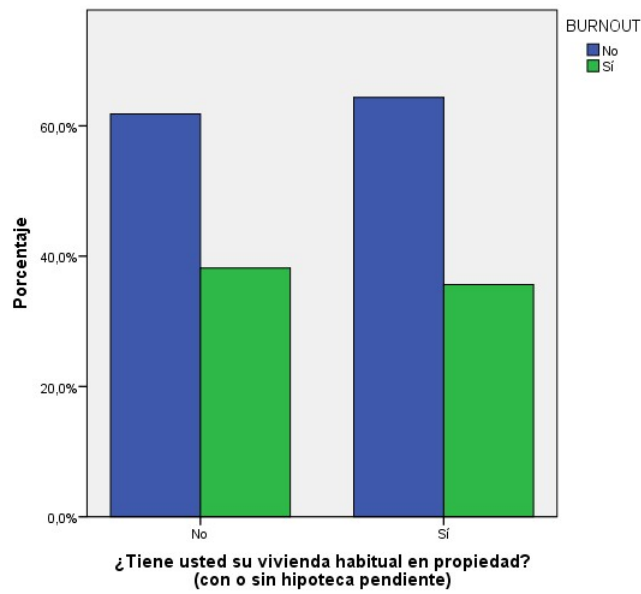
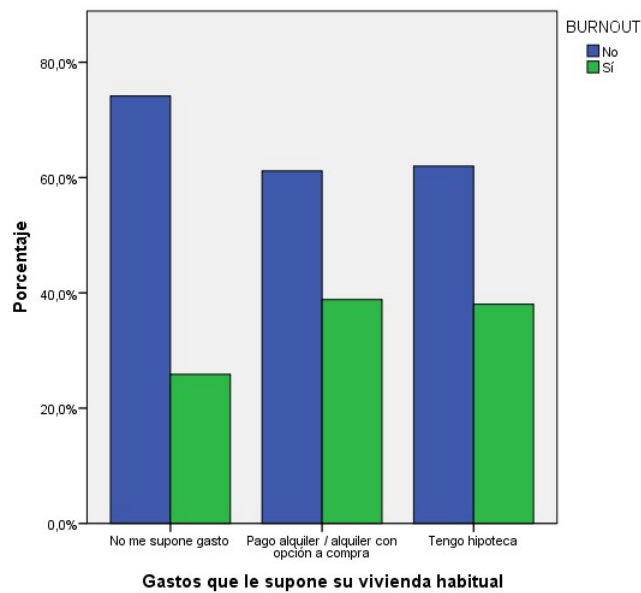


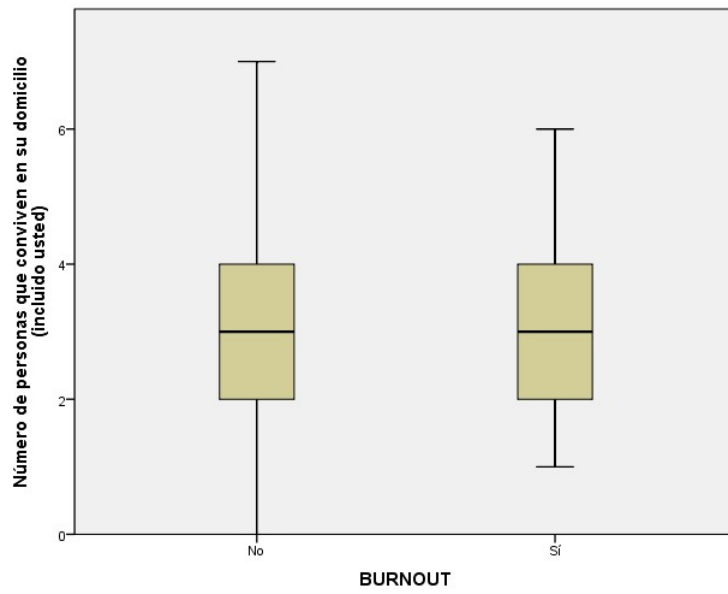
Figura 11. Distribución del Síndrome de Burnout en función del tipo de gasto de su vivienda.



Un menor número de convivientes se asoció con mayor SBO (Con SBO: media 2,8 convivientes; DE 1,4 vs sin SBO: media 3,1 convivientes; DE 1,4. $p=0,049$) (figura 12). Así, la convivencia con menos de 3 personas supuso un

riesgo incrementado de SBO respecto a residir con 3 o más convivientes (71; 42,0% vs. 72; 32,3%. $p=0,048$).

Figura 12. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con el número de convivientes en domicilio.



El hecho de tener familiares directos en la localidad de residencia habitual no modificó la proporción de SBO (con familiares: 81; 36,3% vs sin familiares: 62; 36,7%. $p=0,941$) (figura 13); aunque tener un círculo de amigos sí que mostró una asociación con tendencia a la significación estadística con menor SBO (con amigos: 126; 35,2% vs sin amigos: 17; 50,0%. $p=0,087$) (figura 14).

Figura 13. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la presencia de familiares directos en su misma localidad.

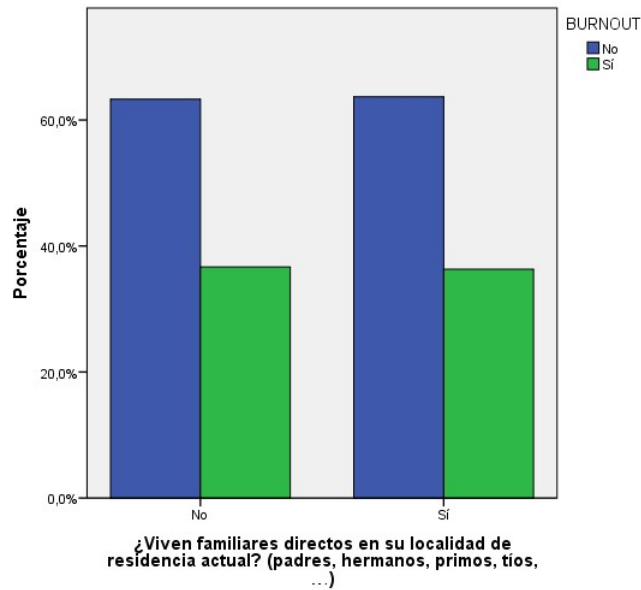
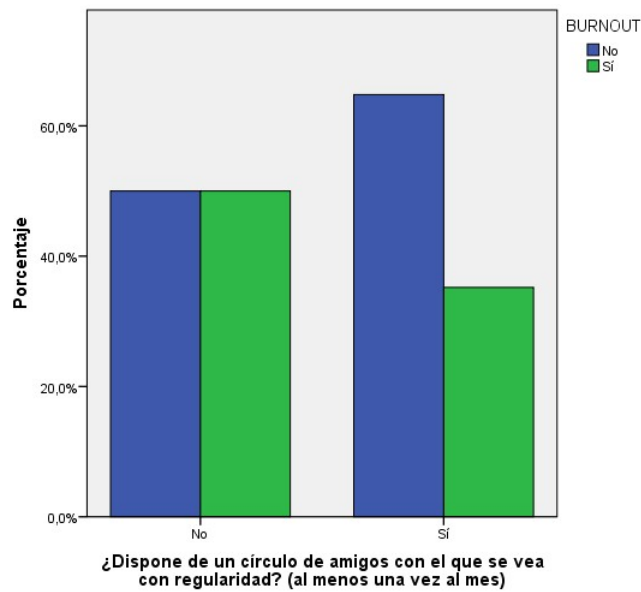


Figura 14. Distribución del Síndrome de Burnout en función del círculo de amigos.



Una personalidad introvertida también se relacionó con tendencia a la significación estadística, con mayor frecuencia de SBO que la personalidad extrovertida (24; 47,1% vs 61; 32,3%. $p=0,052$), aunque no se observó esta relación al comparar las personalidades neutra y extrovertida (neutra: 58; 38,2%.

p=0,258) (figura 15). Del mismo modo, los profesionales con carácter pesimista y neutro mostraron más SBO (pesimista: 16; 51,6% y neutro: 59; 45,4%) que los optimistas (68; 29,4%) (pesimista vs optimista: p=0,015. Neutro vs optimista: p=0,002) (figura 16).

Figura 15. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la personalidad.

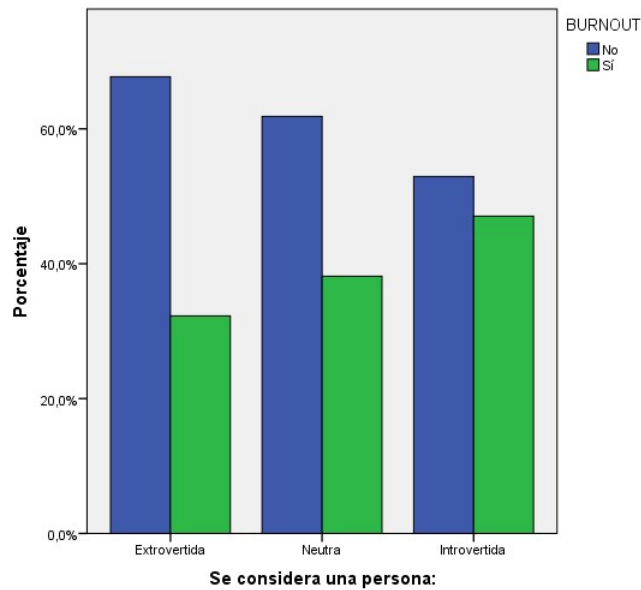
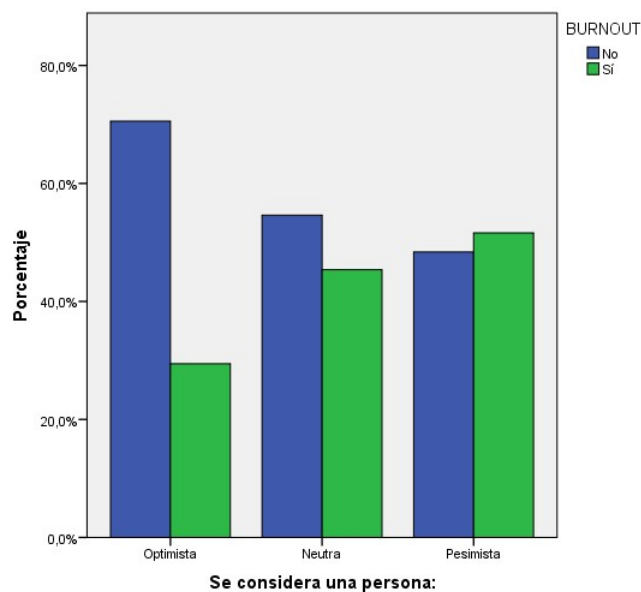
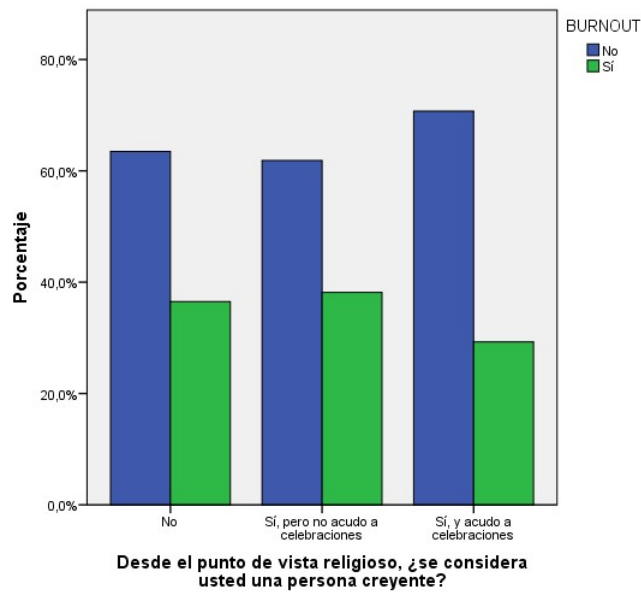


Figura 16. Distribución del Síndrome de Burnout en función del carácter.



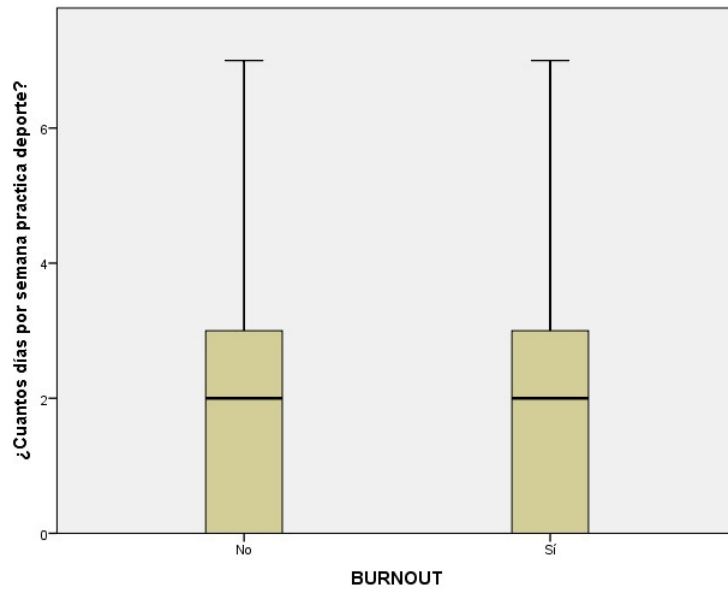
La creencia religiosa no pareció influir en el SBO (no creyentes: 65; 36,5%. Creyentes que no acuden a celebraciones: 66; 38,2%. Creyentes que acuden a celebraciones: 12; 29,3%. $p=0,569$) (figura 17).

Figura 17. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la religiosidad.



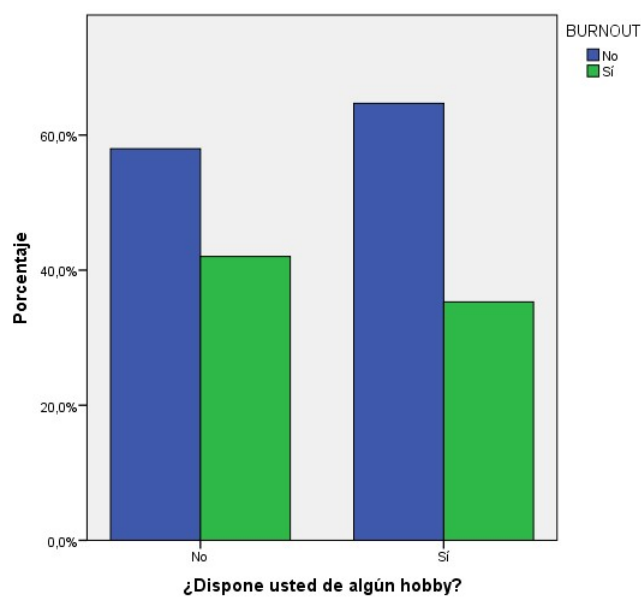
Tampoco lo hizo la práctica deportiva regular (deportistas: 101; 36,1% vs no deportistas: 42; 37,5%. $p=0,791$) ni el número de días por semana que lo practican (con y sin SBO: mediana 2 días; 0-3. $p=0,503$) (figura 18).

Figura 18. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con el número de días de práctica deportiva semanal.



No tener hobbies no implicó mayor proporción de SBO (sin hobbies: 29; 42,0% vs con hobbies: 114; 35,3%. $p=0,291$) (figura 19).

Figura 19. Distribución del Síndrome de Burnout en función de los hobbies.



Las personas que no se consideraban felices en el momento del estudio sufrían SBO con mayor frecuencia (no felices: 24; 54,5% vs felices: 119; 34,2%. $p=0,008$) (figura 20). Así, cuando estaban preocupados por problemas laborales o laborales junto a otros no laborales, sufrían más SBO que cuando referían no tener problemas relevantes. Esta relación no se confirmó cuando los problemas referidos afectaban exclusivamente a esferas no relacionadas con el trabajo (sin problemas: 31; 26,1%; problemas laborales: 30; 40,0%; problemas laborales y otros: 52; 55,3%; problemas no laborales: 30; 28,8%. // Problemas laborales vs sin problemas: $p=0,043$. Problemas laborales y otros vs sin problemas: $p<0,001$. Problemas no laborales vs sin problemas: $p=0,640$) (figura 21).

Figura 20. Distribución del Síndrome de Burnout en función del sentimiento de felicidad.

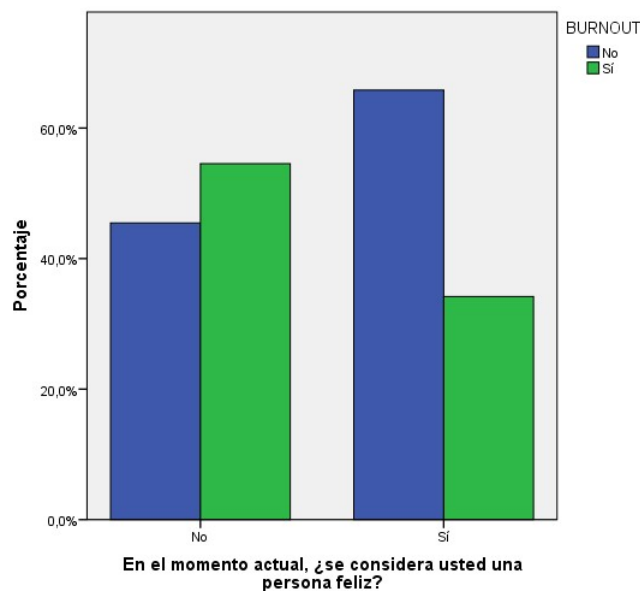
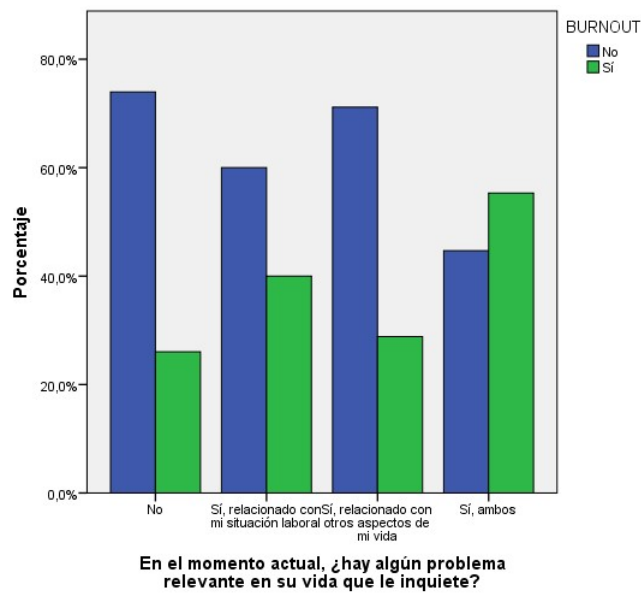


Figura 21. Distribución del Síndrome de Burnout en función de los problemas vitales.



Haber tomado medicación ansiolítica/antidepresiva se vinculó con mayor SBO tanto cuando los motivos habían sido circunstancias relacionadas con estrés laboral (medicación: 28; 57,1% vs no medicación: 115; 33,5%. $p=0,001$) como cuando lo fueron por otras causas (medicación: 42; 48,3% vs no medicación: 101; 33,1%. $p=0,010$) (figura 22). De igual manera, haber sufrido trastornos del sueño que hubieran requerido tratamiento con inductores del sueño, se relacionó con mayor SBO tanto cuando los motivos habían sido circunstancias relacionadas con estrés laboral (medicación: 52; 50,5% vs no medicación: 91; 31,5%. $p=0,001$) como cuando lo fueron por otras causas (medicación: 47; 45,6% vs no medicación: 96; 33,2%. $p=0,025$) (figura 23).

Figura 22. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la toma previa de ansiolíticos por causas laborales y no laborales.

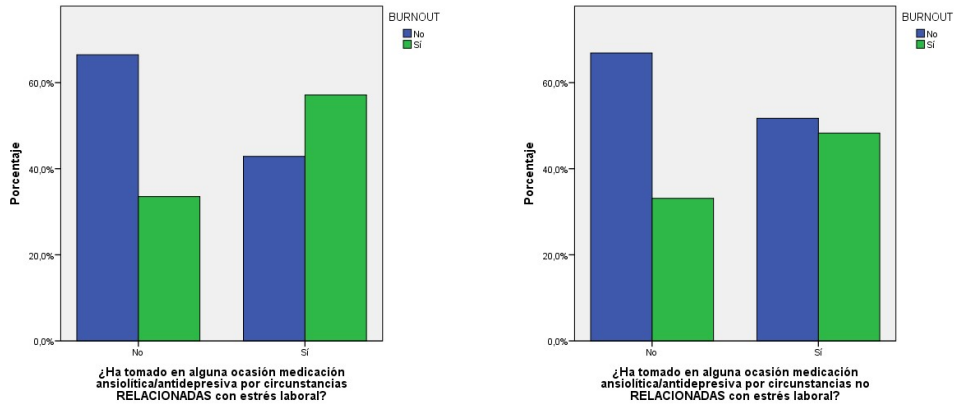
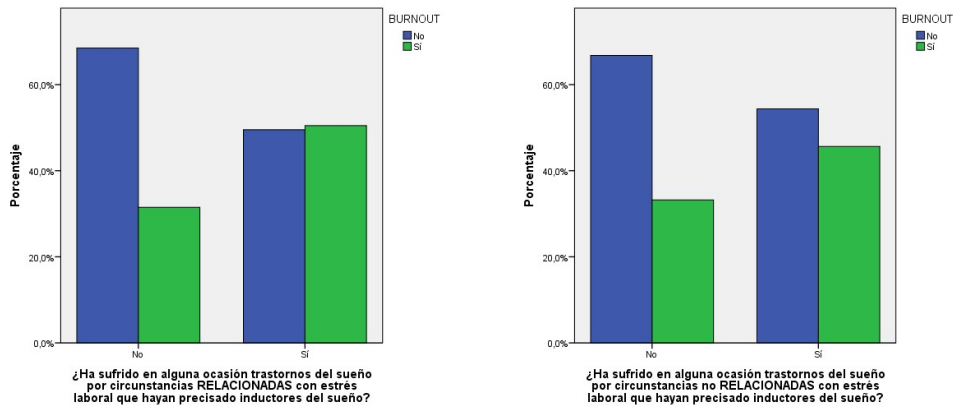
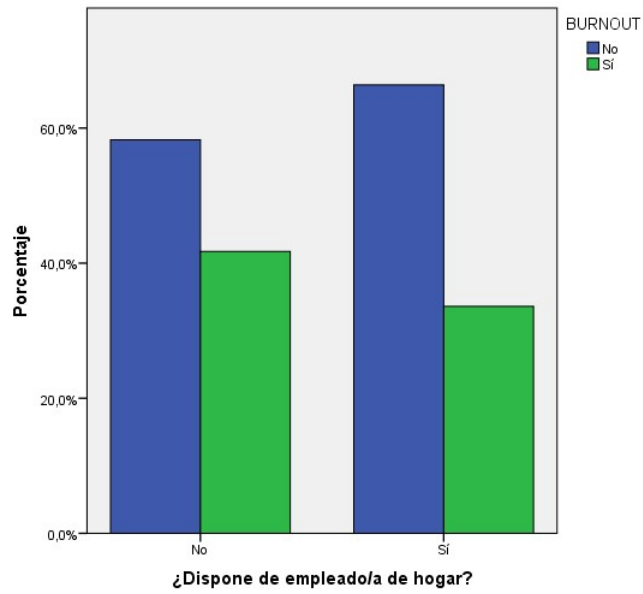


Figura 23. Distribución del Síndrome de Burnout en función de alteraciones del sueño por causas laborales y no laborales.



Finalmente, no se encontró asociación entre el SBO y disponer de empleada de hogar (sin empleada: 58; 41,7% vs sin empleada: 85; 33,6%. $p=0,110$) (figura 24).

Figura 24. Distribución del Síndrome de Burnout en función de si se dispone de empleada de hogar.



La cuantificación del riesgo de SBO en función de las diferentes variables sociofamiliares se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Asociación entre variables sociofamiliares y Síndrome de Burnout. Análisis univariable de riesgo de Burnout mediante Regresión logística.

		Presencia de Burnout		OR	IC 95%	p valor
		N	%			
Edad (años)	≥ 40	50	30,1			0,005
	< 40	93	41,2	1,6	1,1 - 2,5	
Sexo	Hombre	35	36,5			0,996
	Mujer	108	36,5	1,0	0,6 - 1,6	
Estado Civil	Casado/ Pareja de hecho	85	33,7	ref	ref	0,239
	Soltero	48	40,0	1,3	0,8 - 2,1	
	Divorciado/ separado	10	52,6	2,2	0,9 - 5,6	
	Viudo	0	0,0	-	-	
Pareja estable	No	18	40,9	1,5	0,7 - 2,9	0,286
	Sí, no sanitaria	80	38,5	1,3	0,8 - 2,1	0,229
	Sí, sanitaria	45	32,1	ref	ref	
Hijos	Sí	71	31,7			0,023
	No	72	42,9	1,6	1,1 - 2,5	
Número de hijos	0	72	42,9			0,019
	1	22	35,5			
	2	33	31,7	0,81*	0,67* - 0,97*	
	3	13	26,0			
	4	3	50,0			
	5	0	0,0			
Vivienda en propiedad	No	50	38,2			0,623
	Sí	93	35,6	0,9	0,6 - 1,4	
Gastos de vivienda	Sin gasto	15	25,9			0,069
	Hipoteca/ Alquiler	128	38,3	1,8	1,0 - 3,3	
Convivientes en domicilio	≥ 3	72	33,3			0,048
	< 3	71	42,0	1,5	1,0 - 2,3	
Familiares en localidad	No	62	36,7			0,941
	Sí	81	36,3	1,0	0,7 - 1,5	
Círculo de amigos	No	17	50,0	1,8	0,9 - 3,7	0,087
	Sí	126	35,2			
Personalidad	Extrovertida	61	32,3	ref	ref	0,258
	Neutra	58	38,2	1,3	0,8 - 2,0	
	Introversa	24	47,1	1,9	1,0 - 3,5	
Carácter	Optimista	68	29,4	ref	ref	0,002
	Neutro	59	45,4	2,0	1,3 - 3,1	

Pesimista	16	51,6	2,6	1,2 - 5,5	0,015	
Religiosidad						
Creyente practicante	12	29,3	ref	ref		
Creyente no practicante	66	38,2	1,5	0,7 - 3,1	0,290	
No creyente	65	36,5	1,4	0,7 - 2,9	0,382	
Actividad física regular						
No	42	37,5	1,1	0,7 - 1,7	0,791	
Sí	101	36,1				
Hobbies						
No	29	42,0	1,3	0,8 - 2,3	0,291	
Sí	114	35,3				
Se considera feliz	No	24	54,5	2,3	1,2 - 4,3	0,008
	Sí	119	34,2			
Problemas en su vida	No	31	26,1	ref	ref	
	Sí, laborales	30	40,0	1,9	1,0 - 3,5	0,043
	Sí, en otros ámbitos	30	28,8	1,2	0,6 - 2,1	0,640
	Sí en ambos	52	55,3	3,5	2,0 - 6,3	<0,001
Ansiolíticos/antidepresivos por estrés laboral	No	115	33,5			0,001
	Sí	28	57,1	2,6	1,4 - 4,9	
Ansiolíticos/antidepresivos por otras causas	No	101	33,1			0,010
	Sí	42	48,3	1,9	1,2 - 3,1	
Medicación para insomnio por estrés laboral	No	91	31,5			0,001
	Sí	52	50,5	2,2	1,4 - 3,5	
Medicación para insomnio por otras causas	No	96	33,2			0,025
	Sí	47	45,6	1,7	1,1 - 2,7	
Empleada de hogar						
No	58	41,7	1,4	0,9 - 2,2	0,110	
Sí	85	33,6				

Las variables se expresan en número (N) y porcentaje (%).

OR: odds ratio. IC95%: intervalo de confianza al 95%. ref: categoría de referencia.

*Aumento del riesgo por cada aumento de categoría de la variable

En negrita las variables con tendencia a la significación estadística ($p < 0,10$) que serán incluidas en el análisis multivariable.

DEMOGRÁFICAS:

No se encontraron diferencias en la frecuencia de SBO entre los profesionales que residían en la misma localidad de trabajo o no (85; 36,0% vs 58; 37,2%. $p=0,815$) (figura 25), en el número de años viviendo en la localidad de residencia actual (con SBO: mediana 11 años; 5-30 vs sin SBO: mediana 14 años; 6-31,5. $p=0,164$) (figura 26), en el tiempo invertido desde el domicilio al trabajo (con SBO: mediana 25 minutos; 20-40 vs sin SBO: mediana 25 minutos; 15-40. $p=0,192$) (figura 27) ni en el medio de transporte utilizado para el desplazamiento (caminando: 19; 39,6% vs bicicleta/patinete: 2; 20,0% vs autobús: 12; 38,7% vs metro/tren: 21; 37,5% vs vehículo privado: 89; 36,0%. $p=0,829$) (figura 28).

Figura 25. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la localidad de residencia.

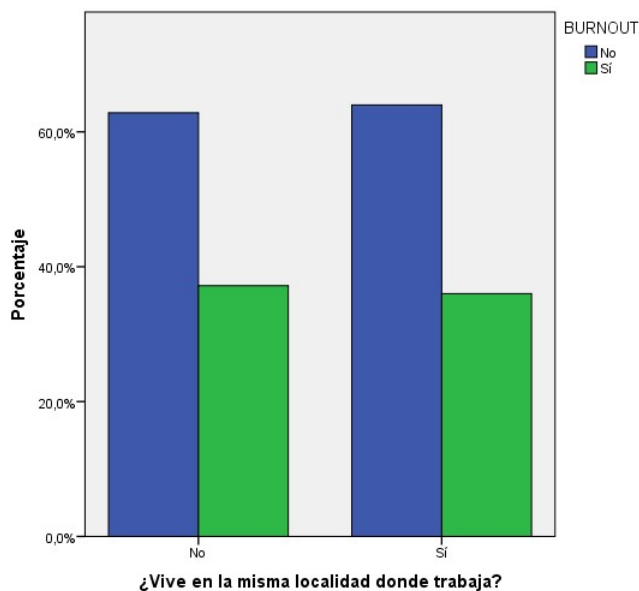


Figura 26. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con el número años viviendo en la localidad de residencia actual.

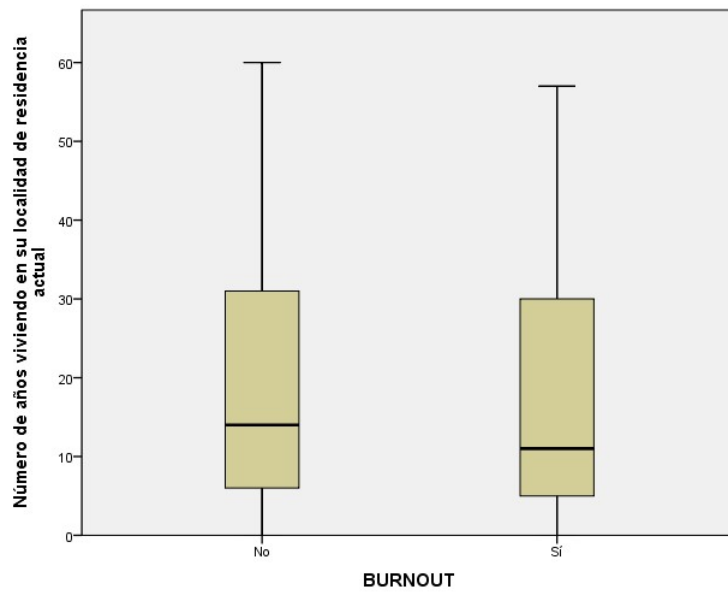


Figura 27. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con el tiempo empleado desde el domicilio al trabajo.

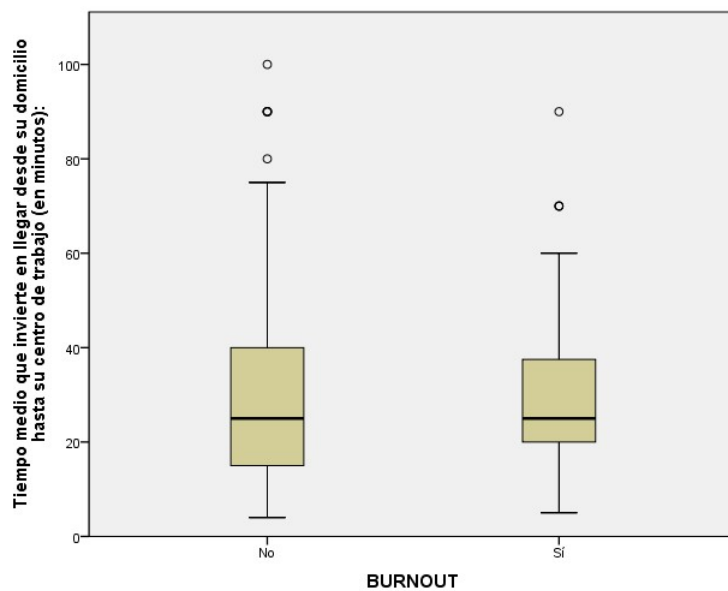
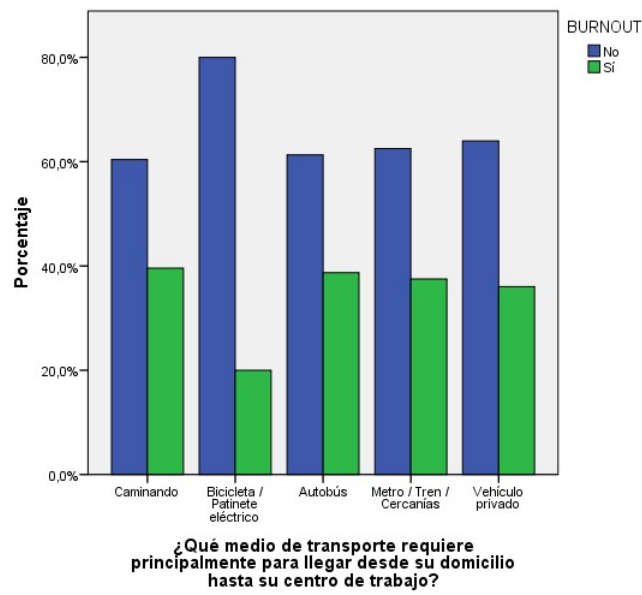


Figura 28. Distribución del Síndrome de Burnout en función del tipo de transporte para desplazarse al centro de trabajo.



La cuantificación del riesgo de SBO en función de las diferentes variables demográficas se muestra en la tabla 6.

Tabla 6. Asociación entre variables demográficas y Síndrome de Burnout. Análisis univariable de riesgo de Burnout mediante Regresión logística.

		Presencia de Burnout		OR	IC 95%	p valor
		N	%			
Localidad de residencia y trabajo	Misma	85	36,0			0,815
	Diferente	58	37,2	1,0	0,6 - 1,4	
Residiendo en localidad actual ^a	Años	11	5-30	0,99*	0,98* - 1,01*	0,241
Tiempo desde domicilio a trabajo ^a	Minutos	25	20-40	1,00*	0,99* - 1,02*	0,603
Medio de transporte para desplazarse al trabajo	Caminando	19	39,6	ref	ref	
	Bicicleta/patinete	2	20,0	0,4	0,1 - 2,0	0,254
	Autobús	12	38,7	1,0	0,4 - 2,4	0,938
	Metro/tren	21	37,5	0,9	0,4 - 2,0	0,828
	Vehículo privado	89	36,0	0,9	0,5 - 1,6	0,640

Las variables se expresan en número (N) y porcentaje (%).

^a Las variables se expresan en mediana e intervalo intercuartílico.

OR: odds ratio. IC95%: intervalo de confianza al 95%. ref: categoría de referencia.

* Aumento del riesgo por cada aumento de categoría de la variable.

LABORALES:

El nivel de complejidad del hospital no fue un condicionante para el desarrollo de SBO (Primario: 9; 36,0% vs Secundario: 51; 37,8% vs Terciario: 83; 35,8%. $p=0,928$) (figura 29). Tampoco lo fue el número de urgencias anuales atendidas (con SBO: mediana 35000; 27656-52000 vs sin SBO: mediana 35000; 27656-52000. $p=0,977$) (figura 30).

Figura 29. Distribución del Síndrome de Burnout en función del nivel de complejidad del Hospital.

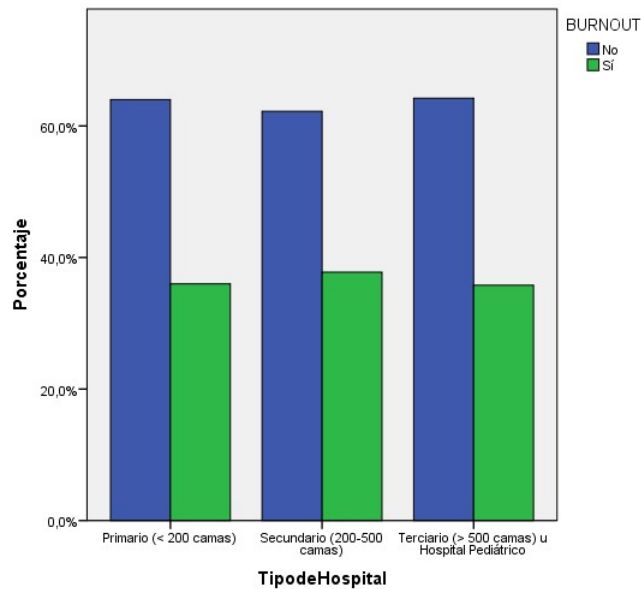
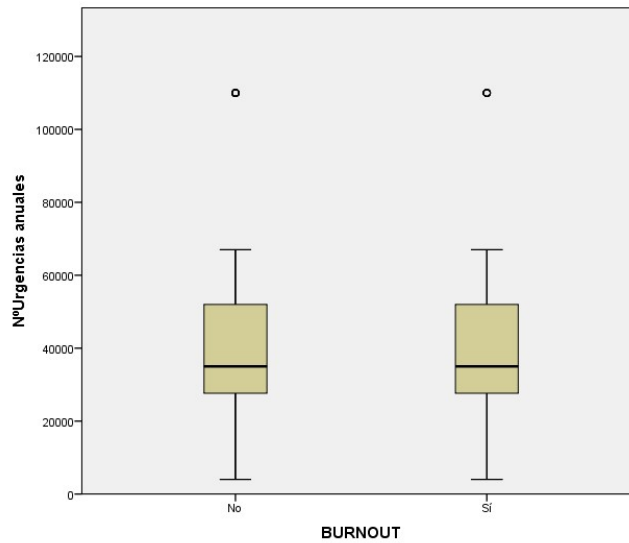
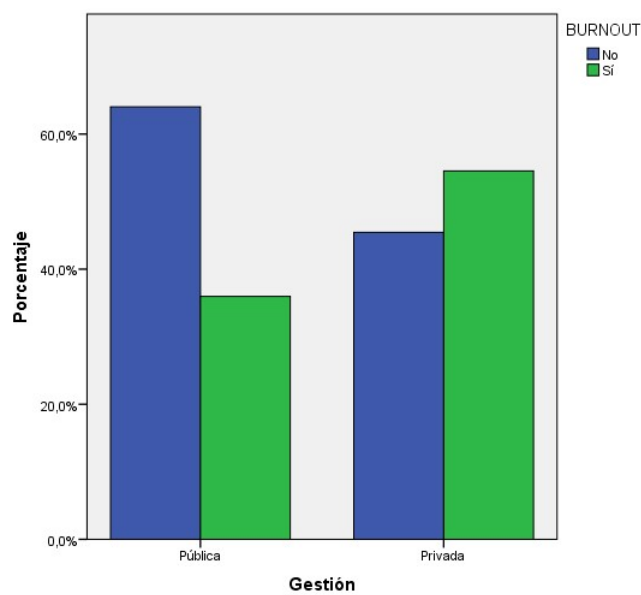


Figura 30. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con los episodios de Urgencias anuales en su Hospital.



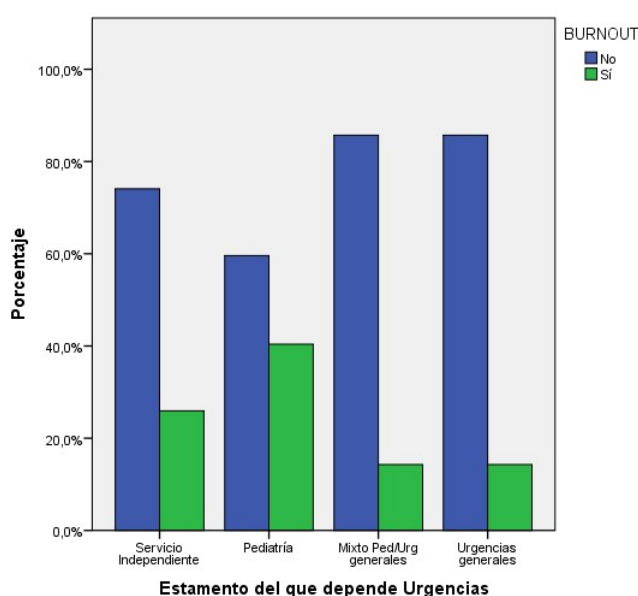
Se detectó mayor porcentaje de SBO en los Hospitales de gestión privada, aunque no se alcanzó la significación estadística (privada: 6; 54,5% vs pública: 137; 36,0%. $p=0,219$) (figura 31).

Figura 31. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la gestión del Hospital.



Los profesionales reflejaron más SBO cuando las urgencias dependían del Servicio de Pediatría (120; 40,4%) que cuando lo hacían de otros Servicios (Servicio independiente: 21; 25,9%. Urgencias generales: 2; 14,3%) ($p=0,005$) (figura 32).

Figura 32. Distribución del Síndrome de Burnout en función del estamento del que dependen las Urgencias pediátricas.



La eventualidad del contrato también se relacionó con el SBO (Interinos: 49; 44,1%. Eventuales/bajas: 35; 39,8%. Guardias: 14; 41,2%. Otros contratos temporales: 9; 47,4%) respecto a los contratos fijos o indefinidos (36; 25,7%) ($p=0,001$) (figura 33), aunque la duración de esos contratos temporales no pareció influir (con SBO: mediana 5 años; 2-9 vs sin SBO: mediana 4 años; 2-8. $p=0,712$) (figura 34).

Figura 33. Distribución del Síndrome de Burnout en función del tipo de contrato del profesional.

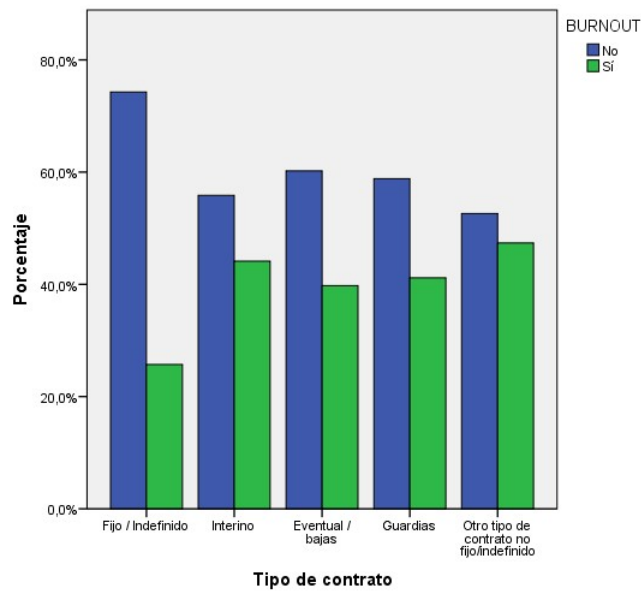
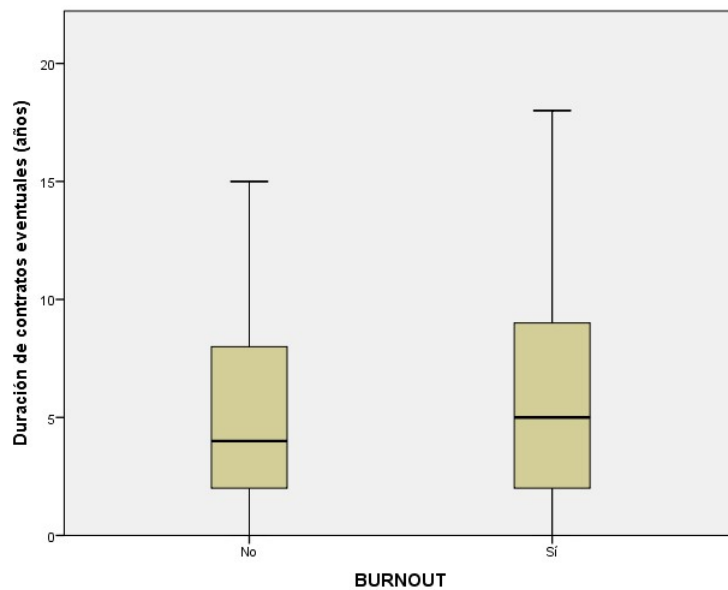


Figura 34. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con la duración de los contratos eventuales.



Se encontró más SBO en los Pediatras con menor tiempo trabajado (con SBO: mediana 8 años; 3-12 vs sin SBO: mediana 10 años; 4-15. $p=0,020$) (OR: 0,96; IC 95%: 0,93-0,99 por cada año trabajado) (figura 35); de forma que los

que llevaban 9 años o menos sufrían más SBO que los que llevaban más tiempo (88; 42,1% vs 55; 30,1%. $p=0,013$) (figura 36).

Figura 35. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con el tiempo trabajado (en años).

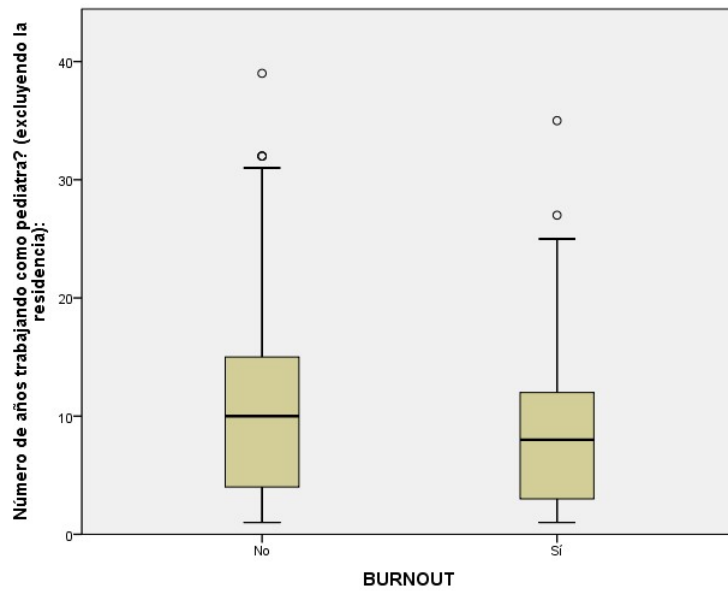
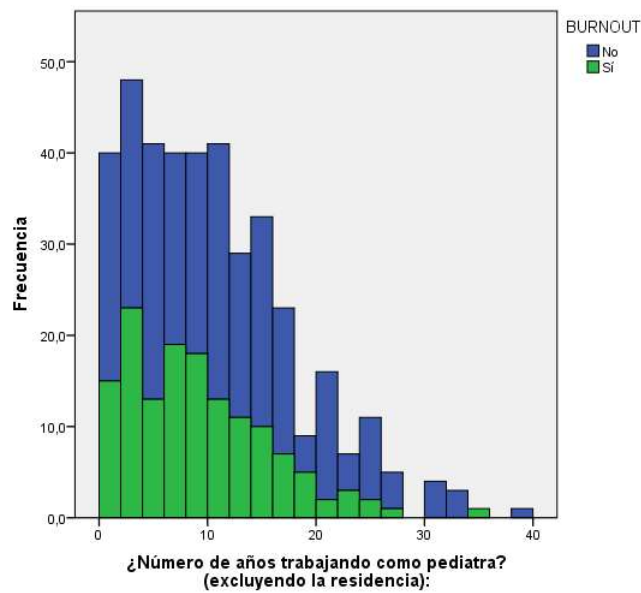


Figura 36. Distribución del Síndrome de Burnout en función del número de años trabajados.



No se encontró asociación entre SBO y el número de especialistas en Urgencias de cada Servicio (con y sin SBO: mediana 6 especialistas; 1-8. $p=0,855$) (figura 37) aunque el hecho de que siempre hubiera al menos un especialista en Urgencias de guardia, se relacionó con mayor porcentaje de SBO (siempre especialista: 51; 44,0% vs no siempre especialista: 92; 33,3%. $p=0,046$) (figura 38).

Figura 37. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con el número de especialistas en Urgencias en el Servicio.

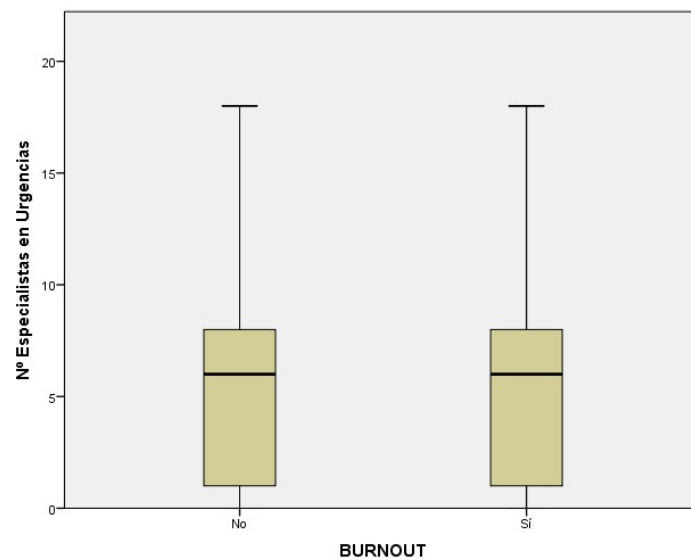
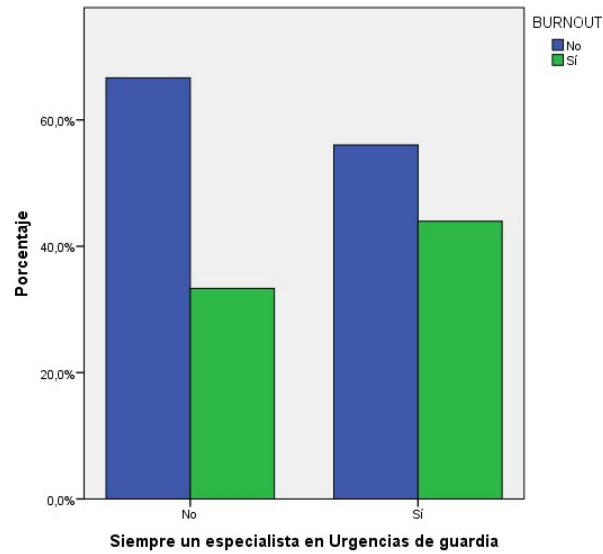


Figura 38. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la presencia de un especialista en Urgencias de guardia.



Tampoco influyeron en el SBO, el tipo de actividad desarrollada por los profesionales (dedicación exclusiva en Urgencias: 46; 38,0% vs dedicación parcial a Urgencias: 61; 33,2% vs solo guardias: 36; 41,4%. $p=0,386$) (figura 39), si hacían o no guardias (sí: 137; 37,1% vs no: 6; 26,1%. $p=0,286$) (figura 40) ni si se trataba de un especialista en Urgencias (especialista: 42; 37,5% vs no especialista: 101; 36,1%. $p=0,791$) (figura 41).

Figura 39. Distribución del Síndrome de Burnout en función del tipo de actividad en Urgencias.

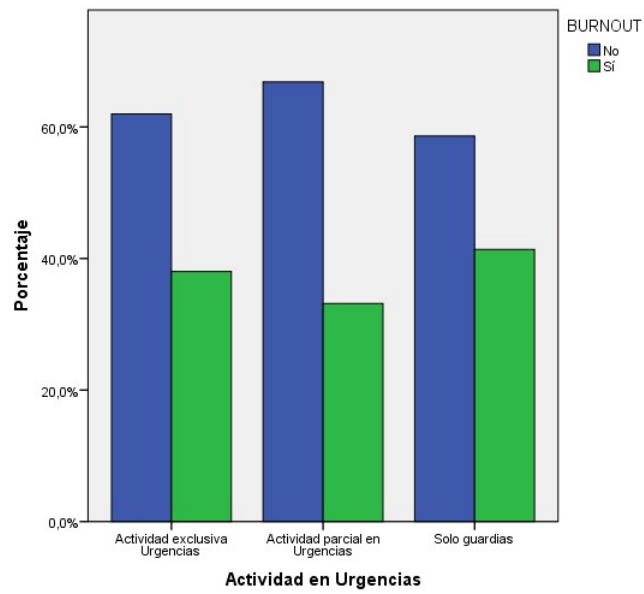


Figura 40. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la realización o no de guardias.

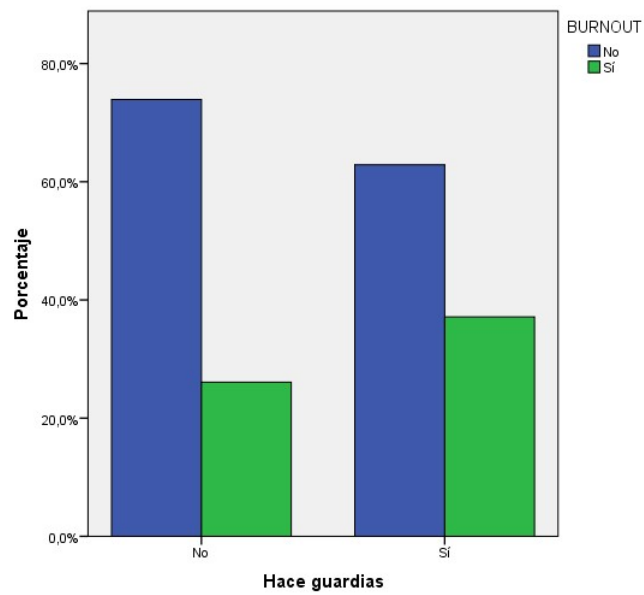
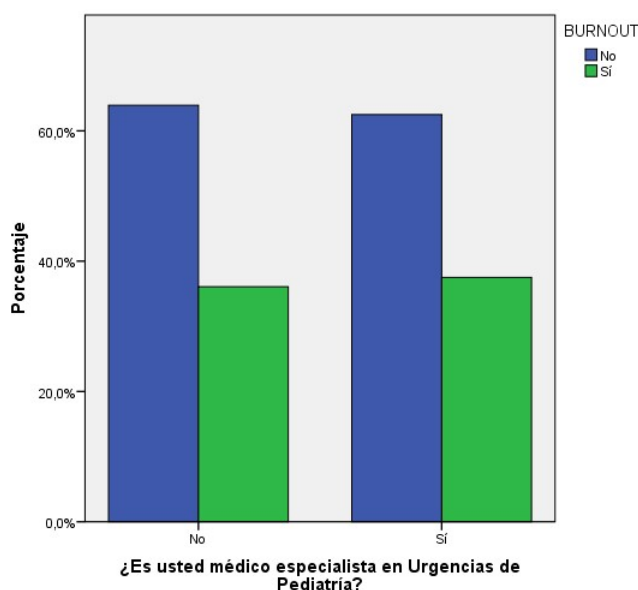


Figura 41. Distribución del Síndrome de Burnout en función de ser o no especialista en Urgencias.



La media de Urgencias diarias que se atendieron en las Unidades de Urgencias pediátricas por cada adjunto de guardia no repercutió en el SBO de los facultativos (con SBO: mediana 47 urgencias; 36-63 vs sin SBO: mediana: 42 urgencias; 36-68. $p=0,936$) (figura 42), aunque sí lo hizo las urgencias diarias por cada persona de guardia, suma de MIR y adjuntos (con SBO: media 24; DE 6 vs sin SBO: media 22; DE 5. $p=0,009$) (figura 43). Así, cuando el número de urgencias diarias por cada persona de guardia fue igual o superior a 28, la proporción de SBO fue superior a cuando la presión asistencial fue menor (≥ 28 urgencias/persona/día: 35; 54,7% vs < 28 urgencias/persona/día: 108; 32,9%. $p=0,001$). La ratio MIR/Adjunto en las guardias no se correlacionó con mayor nivel de SBO (con SBO: mediana 1 MIR/Adjunto; 0,5-1,5 vs sin SBO: mediana 1 MIR/Adjunto; 0,7-1,7. $p=0,074$) (figura 44).

Figura 42. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con el número de urgencias por día y adjunto de guardia.

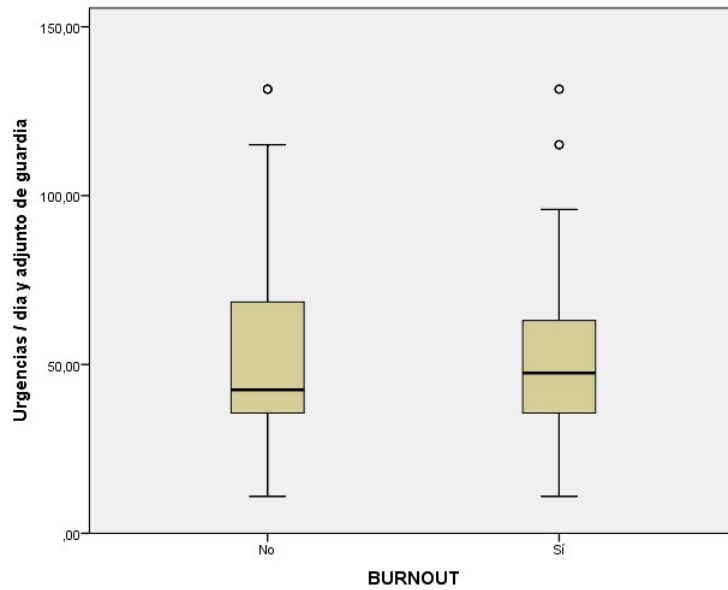


Figura 43. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con el número de urgencias por día y médico de guardia (suma de adjunto y residente).

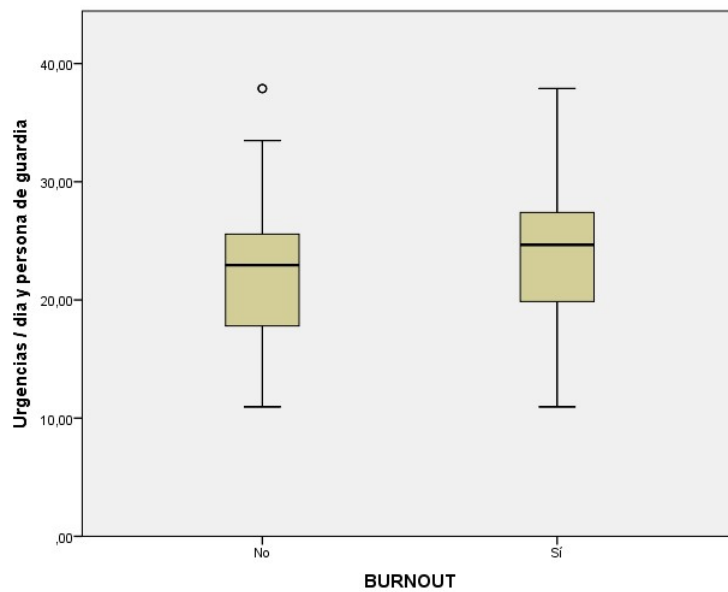
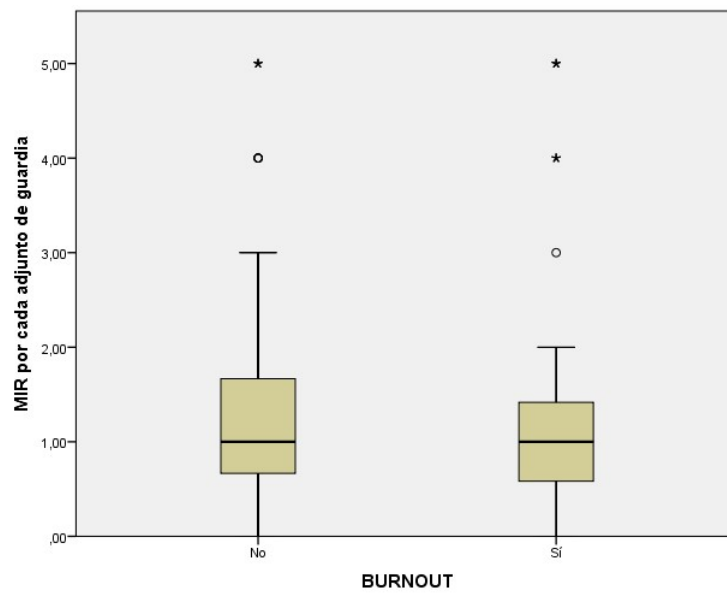


Figura 44. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con la relación entre número de médicos residentes (MIR) por adjunto de guardia.



Ni el promedio de guardias al mes (con y sin SBO: mediana de 4 guardias/mes; 3-5. $p=0,151$) (figura 45) ni las horas mensuales trabajadas en asistencia (con SBO: media 170; DE 57 vs sin SBO: media 177; DE 52. $p=0,206$) (figura 46) parecieron tener relevancia.

Figura 45. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con el promedio de guardias realizadas al mes.

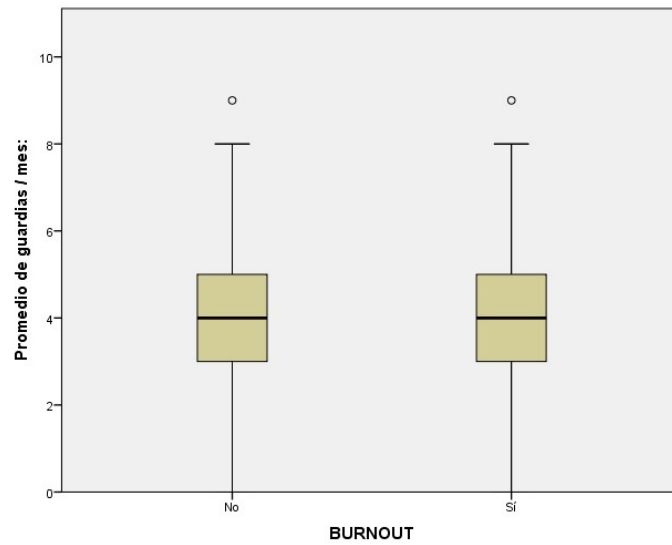
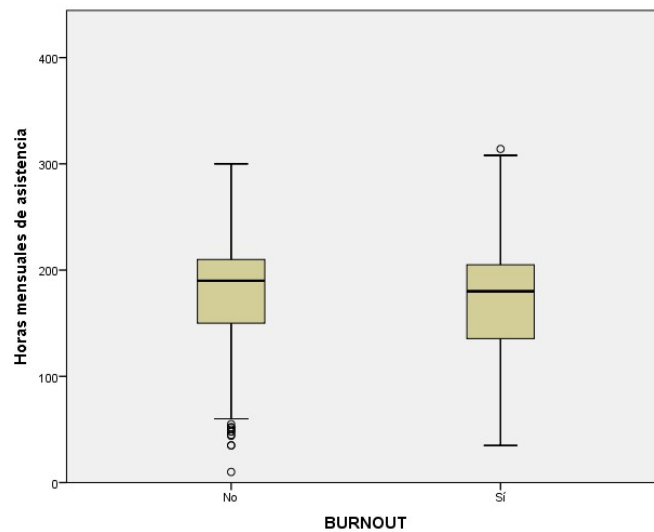


Figura 46. Diagrama de cajas simple que relaciona la presencia de Burnout con el número de horas trabajadas al mes dedicadas a asistencia.



Por otro lado, haber realizado o no actividad docente (129; 36,3% vs 14; 37,8%. $p=0,857$) (figura 47), investigadora (86; 34,0% vs 57; 41,0%. $p=0,167$) (figura 48) u otras tareas no asistenciales de compromiso con la institución (83; 35,0% vs 60; 38,7%. $p=0,458$) (figura 49) en el último año no se relacionó con

padecer SBO. Aunque no tener tiempo específico liberado para estas tareas sí mostró tendencia a la significación estadística en su relación con el SBO respecto a tener tiempo suficiente (sin tiempo: 105; 39,6% vs tiempo suficiente: 3; 16,7%. $p=0,065$) (figura 50), la cantidad de tiempo dedicado a prepararlas fuera de la jornada laboral no se correlacionó con mayor SBO (nunca: 0; 0% vs pocas veces al año o menos: 12; 36,4% vs una vez al mes o menos: 17; 43,6% vs unas pocas veces al mes: 26; 38,2% vs una vez a la semana: 12; 27,9% vs algunas o varias veces a la semana: 55; 36,7% vs todos los días: 21; 37,5%. $p=0,669$) (figura 51).

Figura 47. Distribución del Síndrome de Burnout en función de haber realizado actividad docente en el último año.

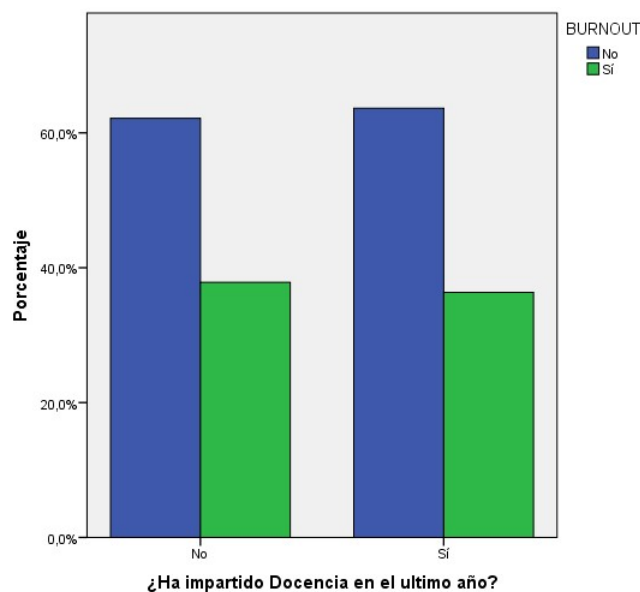


Figura 48. Distribución del Síndrome de Burnout en función de haber realizado actividad investigadora en el último año.

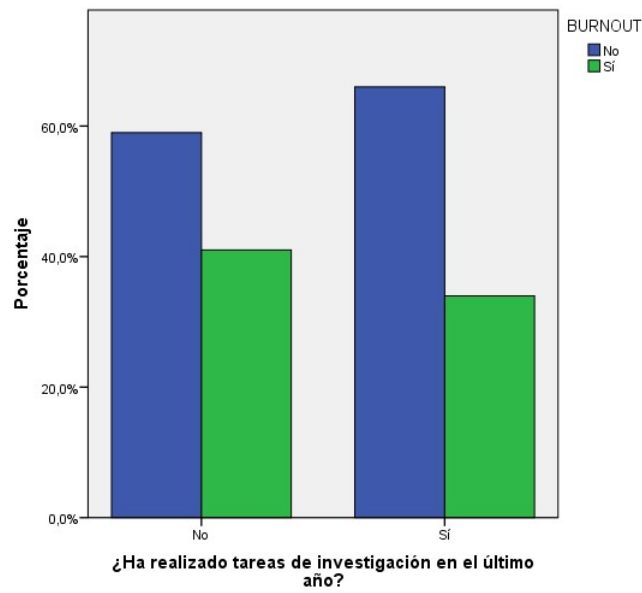


Figura 49. Distribución del Síndrome de Burnout en función de haber realizado otras tareas no asistenciales de compromiso con la institución en el último año.

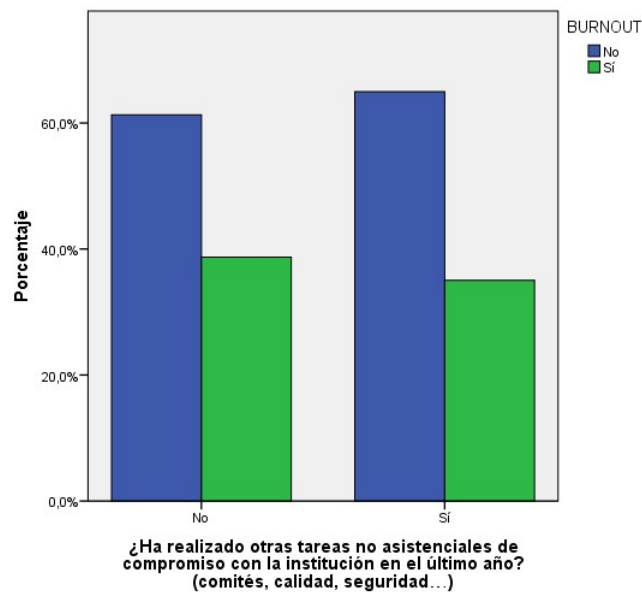


Figura 50. Distribución del Síndrome de Burnout en función del tiempo liberado para actividades no asistenciales.

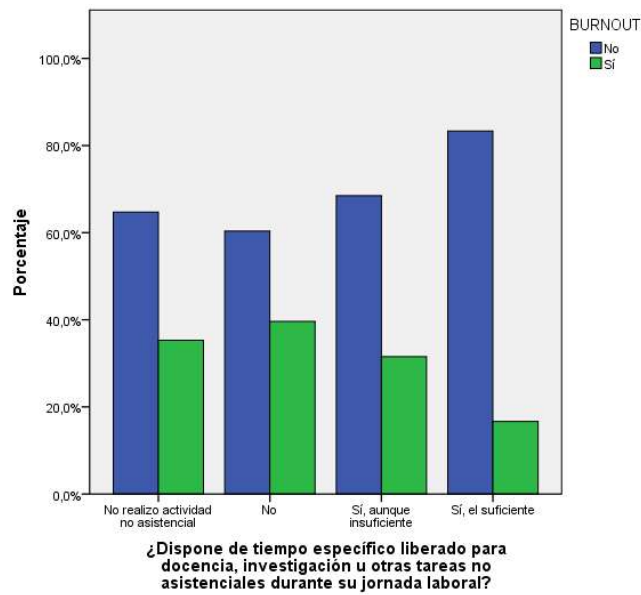
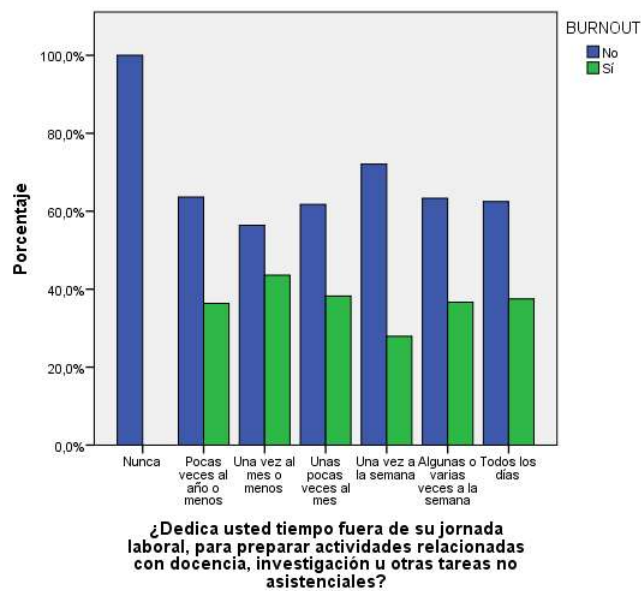
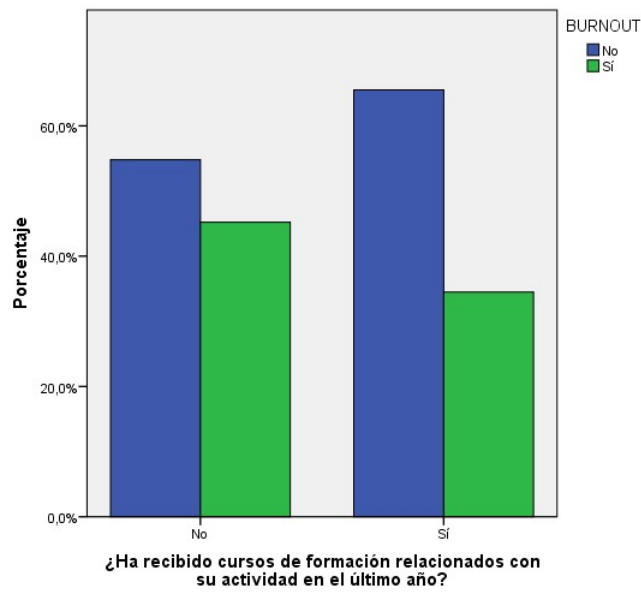


Figura 51. Distribución del Síndrome de Burnout en función del tiempo dedicado fuera de la jornada laboral, para preparar actividades no asistenciales.



No haber recibido cursos de formación también se asoció con tendencia a la significación, con el SBO (sin cursos: 33; 45,2% vs con cursos: 110; 34,5%. $p=0,086$) (figura 52).

Figura 52. Distribución del Síndrome de Burnout en función de haber recibido cursos de formación en el último año.



La cuantificación del riesgo de SBO en función de las diferentes variables laborales se muestra en la tabla 7.

Tabla 7. Asociación entre variables laborales y Síndrome de Burnout. Análisis univariable de riesgo de Burnout mediante Regresión logística.

		Presencia de Burnout		OR	IC 95%	p valor
		N	%			
Complejidad del Hospital	Primario	9	36,0	ref	ref	
	Secundario	51	37,8	1,1	0,4 - 2,6	0,866
	Terciario	83	35,8	1,0	0,4 - 2,3	0,982
Urgencias anuales ^a		35000	27656-52000	1,0*	1,0* - 1,0*	0,985
Gestión	Pública	137	36,0			
	Privada	6	54,5	2,1	0,6 - 7,1	0,217
Servicio del que dependen Urgencias Pediátricas	Independiente o Urgencias generales	23	24,2	ref	ref	0,005
	Pediatría	120	40,4	2,1	1,3 - 3,6	
Tipo de contrato	Fijo/Indefinido	36	25,7			0,001
	No fijo/No Indefinido ^b	107	42,5	2,1	1,4 - 3,4	
Tiempo trabajado	>9 años	55	30,1			0,014
	≤9 años	88	42,1	1,69	1,11 - 2,57	
Nº de especialistas en Urgencias ^a		6	1-8	1,01	0,96 - 1,10	0,805
Siempre especialista en Urgencias de guardia	No	92	33,3			0,047
	Sí	51	44,0	1,57	1,01 - 2,45	
Tipo de actividad en Urgencias	Exclusiva	46	38,0	ref	ref	
	Parcial	61	33,2	0,8	0,5 - 1,3	0,384
	Solo guardias	36	41,4	1,2	0,7 - 2,0	0,625
Hace guardias	No	6	26,1			0,290
	Sí	137	37,1	1,7	0,6 - 4,3	
Médico especialista en Urgencias de Pediatría	No	101	36,1			0,791
	Sí	42	37,5	1,1	0,7 - 1,7	
Nº Urgencias /día y adjunto de guardia ^a		47	36-63	1,0	1,0 - 1,0	0,936
Nº Urgencias /día y persona de guardia (MIR+Adjunto)	< 28	108	32,9			0,001
	≥ 28	35	54,7	2,5	1,4 - 4,2	
Ratio MIR/Adjunto en las guardias ^a		1,0	0,5-1,5	0,9	0,7 - 1,1	0,174
Nº guardias / mes ^a		4	3-5	1,07	0,96 - 1,20	0,243
Nº horas / mes de trabajo asistencial ^c		170	57,0	1,00	0,99 - 1,00	0,206
Actividad docente	No	14	37,8			0,857
	Sí	129	36,3	0,9	0,5 - 1,9	

Actividad investigadora	No	57	41,0				0,168
	Sí	86	34,0	0,7	0,5 - 1,1		
Otras actividades no asistenciales (compromiso con la institución)	No	60	38,7				0,458
	Sí	83	35,0	0,9	0,6 - 1,3		
Tiempo liberado para actividad no asistencial	No realizo esa actividad	6	35,3	2,7	0,6 - 13,4		0,216
	No	105	39,6	3,3	0,9 - 11,6		0,065
	Sí, pero insuficiente	29	31,5	2,3	0,6 - 8,6		0,214
	Sí, el suficiente	3	16,7	ref	ref		
Tiempo empleado fuera de jornada laboral para actividad no asistencial	Nunca	0	0,0				
	Pocas veces / año o menos	12	36,4				
	Una vez / mes o menos	17	43,6	1*	0,9* - 1,1*		0,956
	Unas pocas veces / mes	26	38,2				
	Una vez / semana	12	27,9				
	Varias veces / semana	55	36,7				
	Todos los días	21	37,5				
Ha recibido cursos de formación en el último año	No	33	45,2				0,087
	Sí	110	34,5	0,6	0,4 - 1,1		

Las variables se expresan en número (N) y porcentaje (%).

^a Los valores se expresan en mediana e intervalo intercuartílico.

^b Interino, eventual, guardias, sustitución, otros no fijo o indefinido.

^c Los valores se expresan en media y desviación estándar.

OR: odds ratio. IC95%: intervalo de confianza al 95%. ref: categoría de referencia.

* Aumento del riesgo de Burnout por cada unidad que aumenta la variable independiente.

En negrita las variables que se introducirán en el modelo de regresión logística multivariable.

SATISFACCIÓN:

La percepción de estar reconocido profesionalmente se relacionó de forma inversa con la presencia de SBO. Bien cuando era referido a los compañeros (nada reconocido: 4; 80,0% vs poco: 40; 56,3% vs bastante: 91; 34,2% vs mucho: 8; 16,0%. $p < 0,001$) (figura 53), su jefe inmediato (nada reconocido: 10; 66,7% vs poco: 53; 50,0% vs bastante: 73; 32,6% vs mucho: 7; 14,9%. $p < 0,001$) (figura 54) o la institución (nada reconocido: 28; 51,9% vs poco: 82; 41,8% vs bastante: 32; 24,6% vs mucho: 1; 8,3%. $p < 0,001$) (figura 55).

Figura 53. Distribución del Síndrome de Burnout en función de sentirse reconocido por sus compañeros.

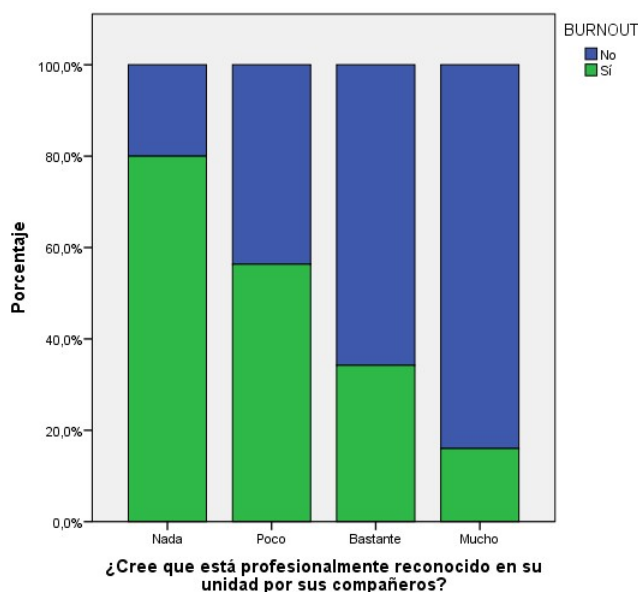


Figura 54. Distribución del Síndrome de Burnout en función de sentirse reconocido por su jefe inmediato.

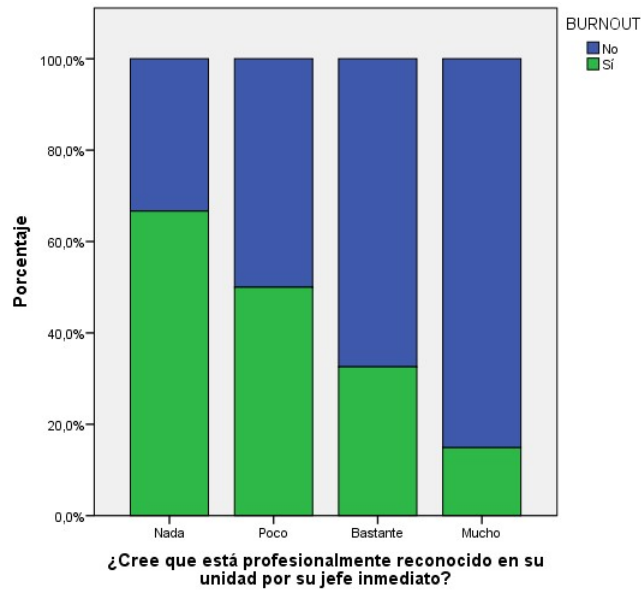
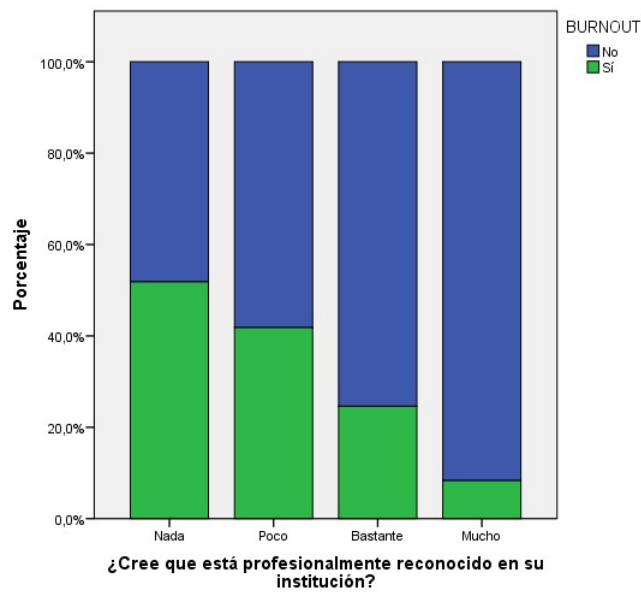


Figura 55. Distribución del Síndrome de Burnout en función de sentirse reconocido por su institución.



La satisfacción con la relación entre compañeros (nada satisfecho: 3; 60,0% vs poco: 13; 50,0% vs bastante: 90; 39,0% vs mucho: 37; 28,5%. $p=0,006$) (figura 56) y con su jefe inmediato (nada satisfecho: 6; 40,0% vs poco: 46; 51,1%

vs bastante: 69; 32,9% vs mucho: 22; 28,6%. $p=0,005$) (figura 57) contribuyó a disminuir linealmente la presencia de SBO.

Figura 56. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la relación entre compañeros.

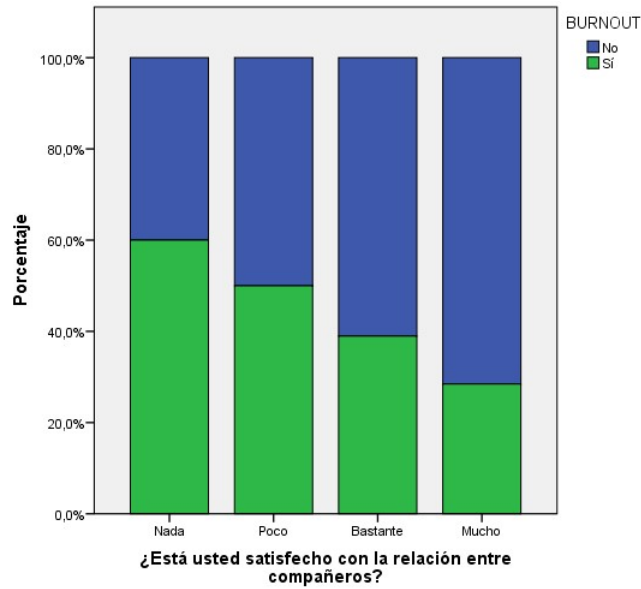
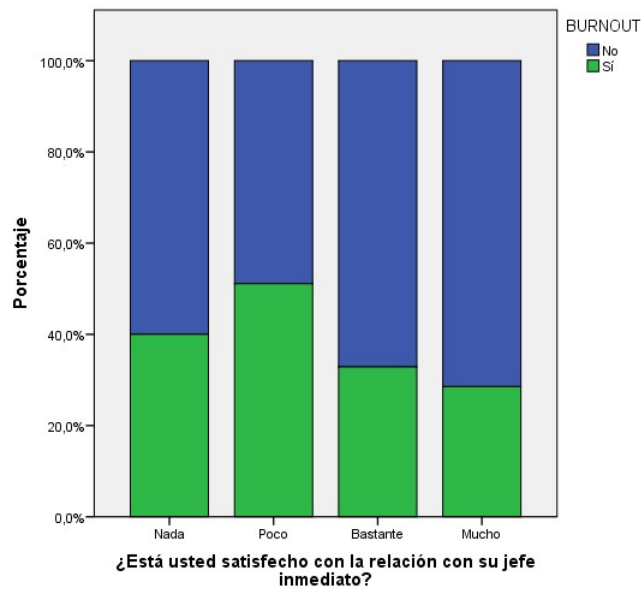
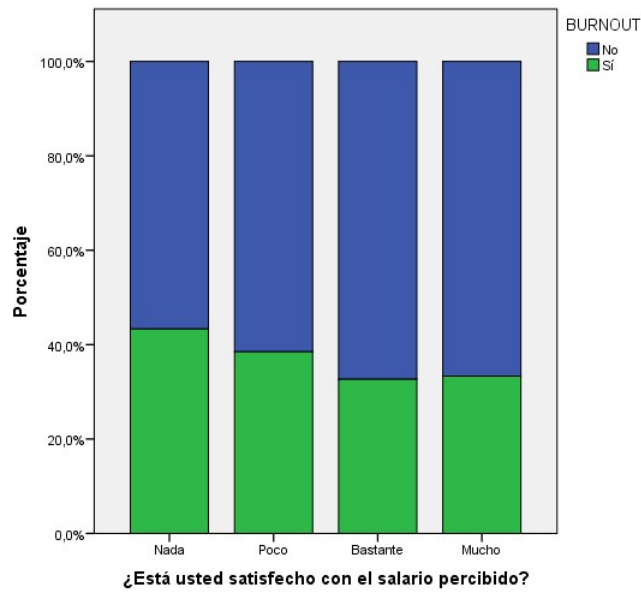


Figura 57. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la relación con su jefe inmediato.



Sin embargo, el salario no fue considerado como un elemento significativamente influyente en el SBO (nada satisfecho: 13; 43,3% vs poco: 77; 38,5% vs bastante: 49; 32,7% vs mucho: 4; 33,3%. $p=0,181$) (figura 58).

Figura 58. Distribución del Síndrome de Burnout en función de la satisfacción con el salario percibido.



La cuantificación del riesgo de SBO en función de las diferentes variables de satisfacción se muestra en la tabla 8.

Tabla 8. Asociación entre variables de satisfacción y Síndrome de Burnout. Análisis univariable de riesgo de Burnout mediante Regresión logística.

		Presencia de Burnout		OR	IC 95%	p valor
		N	%			
Profesionalmente reconocido por sus compañeros	Nada	4	80,0	0,4*	0,3* - 0,6*	<0,001
	Poco	40	56,3			
	Bastante	91	34,2			
	Mucho	8	16,0			
Profesionalmente reconocido por su jefe inmediato	Nada	10	66,7	0,5*	0,3* - 0,6*	<0,001
	Poco	53	50,0			
	Bastante	73	32,6			
	Mucho	7	14,9			
Profesionalmente reconocido por su institución	Nada	28	51,9	0,5*	0,4* - 0,7*	<0,001
	Poco	82	41,8			
	Bastante	32	24,6			
	Mucho	1	8,3			
Satisfecho con la relación con compañeros	Nada	3	60,0	0,6*	0,5* - 0,9*	0,007
	Poco	13	50,0			
	Bastante	90	39,0			
	Mucho	37	28,5			
Satisfecho con la relación con jefe inmediato	Nada	6	40,0	0,7*	0,5* - 0,9*	0,005
	Poco	46	51,1			
	Bastante	69	32,9			
	Mucho	22	28,6			
Satisfecho con salario	Nada	13	43,3	0,8*	0,6* - 1,1*	0,181
	Poco	77	38,5			
	Bastante	49	32,7			
	Mucho	4	33,3			

Las variables se expresan en número (N) y porcentaje (%).

OR: odds ratio. IC95%: intervalo de confianza al 95%.

* Aumento del riesgo de Burnout por cada unidad que aumenta la variable independiente.

En negrita las variables que se introducirán en el modelo de regresión logística multivariable.

Factores relacionados con el Síndrome de Burnout.

Análisis multivariable multinivel

Se crearon secuencialmente varios modelos de regresión logística multinivel:

- Modelo 1: modelo nulo, en el que se valora únicamente la influencia de los niveles Hospital y Comunidad Autónoma en la variabilidad del desarrollo de Burnout.
- Modelo 2: en el que se incluyen covariables dependientes del propio individuo.
- Modelo 3: con covariables relacionadas con el nivel Hospital.
- Modelo 4: con covariables del nivel Comunidad Autónoma.
- Modelo 5: modelo completo, en el que se incluyen además del efecto aleatorio de los diferentes niveles, el efecto fijo de todas las covariables con asociación estadísticamente significativa con el desarrollo de SBO detectada en los modelos previos (modelos 2, 3 y 4).

ANÁLISIS DEL EFECTO ALEATORIO. (Tabla 9)

El Índice de Correlación intraclase (ICC) mostró cómo hasta el 10,4% de la variabilidad del desarrollo de Burnout depende de las diferencias entre los distintos hospitales, cuando se han controlado factores dependientes del propio individuo (modelo 2). De la misma forma, al introducir las covariables dependientes del nivel Hospital (modelo 3), el ICC disminuyó a 0 y se mantuvo en 0 para el modelo completo (modelo 5). Las diferencias entre las Comunidades autónomas apenas fueron relevantes con un ICC de 0,008 en el modelo completo. Este modelo 5 se erigió como el que proporcionó información más ajustada según el criterio de información de Akaike (AIC).

Tabla 9. Análisis del efecto aleatorio según los diferentes modelos multinivel.

	Modelo 1 (nulo)		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4		Modelo 5 (completo)	
	ICC	MOR	ICC	MOR	ICC	MOR	ICC	MOR	ICC	MOR
Nivel Hospital	0,085	1,69	0,104	1,80	0,000	1,00	0,075	1,64	0,000	1,00
Nivel Comunidad Autónoma	0,000	1,00	0,000	1,00	0,001	1,04	0,000	1,00	0,008	1,17
AIC	515,390		464,606		478,656		507,137		446,954	

ICC: índice de correlación intraclase. MOR: median odds ratio. AIC: criterio de información de Akaike.

ANÁLISIS DEL EFECTO FIJO. (Tabla 10)

Tras los ajustes de los diferentes modelos, podemos ver como el hecho de no disponer de un círculo de amigos estable (OR: 2,57; IC 95%: 1,10 - 5,97), tener problemas tanto en el ámbito laboral como extralaboral con respecto a no tener problemas (OR: 3,06; IC 95%: 1,60 – 5,88) y llevar trabajando 9 años o menos (OR: 2,31; IC 95%: 1,37 – 3,90) constituyeron factores relacionados con los propios individuos que aumentaron el riesgo de SBO de forma independiente. Además, sentirse profesionalmente reconocido por compañeros (OR: 0,48; IC 95%: 0,30 – 0,79) y jefe inmediato (OR: 0,62; IC 95%: 0,41 – 0,93) parecieron actuar como factores protectores.

Entre los elementos dependientes del propio Hospital, que la Urgencia dependiera del Servicio de Pediatría (OR: 3,81; IC 95%: 1,85 – 7,85), que siempre hubiera un especialista en Urgencias de guardia (OR: 3,53; IC 95%: 1,62 – 7,73) y que cada médico de guardia atendiera al menos 28 episodios de urgencias al día (OR: 2,05; IC 95%: 1,01 – 4,16), constituyeron igualmente factores de riesgo independiente para el SBO.

Tabla 10. Análisis del efecto fijo y aleatorio mediante diferentes modelos de regresión logística multivariable multinivel.

	Modelo 1 (nulo)		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4		Modelo 5 (completo)	
	ICC	MOR	ICC	MOR	ICC	MOR	ICC	MOR	ICC	MOR
Nivel Hospital	0,085	1,69	0,104	1,80	0,000	1,000	0,075	1,636	0,000	1,000
Nivel Comunidad Autónoma	0,000	1,00	0,000	1,00	0,001	1,040	0,000	1,000	0,008	1,169
AIC	515,390		464,606		478,656		507,137		446,954	
	OR ajustado (IC95%)	p valor	OR ajustado (IC95%)	p valor	OR ajustado (IC95%)	p valor	OR ajustado (IC95%)	p valor	OR ajustado (IC95%)	p valor
Edad < 40 años			0,76 (0,29-1,96)	0,566						
Hijos sí			0,89 (0,51-1,57)	0,697						
Gastos de vivienda habitual			1,11 (0,51-2,42)	0,794						
Convivientes < 3			1,72 (0,62-4,78)	0,300						
Sin círculo de amigos			2,39 (1,03-5,59)	0,044					2,57 (1,10-5,97)	0,029
Personalidad extrovertida			Ref							
Personalidad neutra			1,00 (0,57-1,75)	0,992						
Personalidad introvertida			1,05 (0,47-2,35)	0,896						
Carácter optimista			Ref							
Carácter neutro			1,63 (0,97-2,74)	0,064						
Carácter pesimista			1,75 (0,74-4,14)	0,206						
Se considera feliz			0,86 (0,37-1,98)	0,715						
Sin problemas			Ref						Ref	
Problemas laborales			1,21 (0,59-2,49)	0,602					1,27 (0,62-2,62)	0,518
Problemas en otros ámbitos			1,14 (0,59-2,20)	0,699					1,20 (0,63-2,31)	0,580
Problemas laborales y en otros ámbitos			3,00 (1,57-5,74)	0,001					3,06 (1,60-5,88)	0,001

Toma ansiolíticos/antidepresivos por estrés laboral		1,10 (0,47-2,58)	0,835			
Toma ansiolíticos/antidepresivos por otras causas		1,95 (1,10-3,46)	0,023			1,73 (0,98-3,04) 0,058
Medicación para insomnio por estrés laboral		1,27 (0,67-2,40)	0,458			
Medicación para insomnio por otras causas		1,44 (0,81-2,57)	0,215			
Tiempo trabajado ≤ 9 años		2,28 (1,35-3,85)	0,002			2,31 (1,37-3,90) 0,002
Ha recibido cursos de formación		0,71 (0,38-1,33)	0,286			
Profesionalmente reconocido por compañeros		0,50 (0,30-0,82)	0,007			0,48 (0,30-0,79) 0,004
Profesionalmente reconocido por jefe inmediato		0,59 (0,39-0,91)	0,016			0,62 (0,41-0,93) 0,023
Satisfecho con relación con compañeros		0,93 (0,57-1,50)	0,761			
Satisfecho con relación con jefe inmediato		1,08 (0,70-1,67)	0,735			
Urgencias dependen del Servicio de Pediatría						
Urgencias dependen del Servicio de Pediatría				3,74 (1,91-7,33)	<0,001	3,81 (1,85-7,85) <0,001
Siempre hay un especialista en Urgencias de guardia				2,47 (1,21-5,06)	0,013	3,53 (1,62-7,73) 0,002
≥ 28 Urgencias por médico de guardia y día				2,10 (1,12-3,96)	0,021	2,05 (1,01-4,16) 0,048
Tiene suficiente tiempo liberado para actividad no asistencial				Ref		
No realiza actividad no asistencial				1,30 (0,24-7,01)	0,758	
No tiene tiempo liberado para actividad no asistencial				1,93 (0,51-7,30)	0,333	
Tiene insuficiente tiempo liberado para actividad no asistencial				1,79 (0,45-7,02)	0,406	
Profesionalmente reconocido por su institución				0,49 (0,36-0,67)	<0,001	0,76 (0,52-1,11) 0,160
Contrato no fijo / indefinido						
Contrato no fijo / indefinido						2,19 (1,34-3,58) 0,002 1,34 (0,71-2,54) 0,369

ICC: índice de correlación intraclase. MOR: median odds ratio. AIC: criterio de información de Akaike.

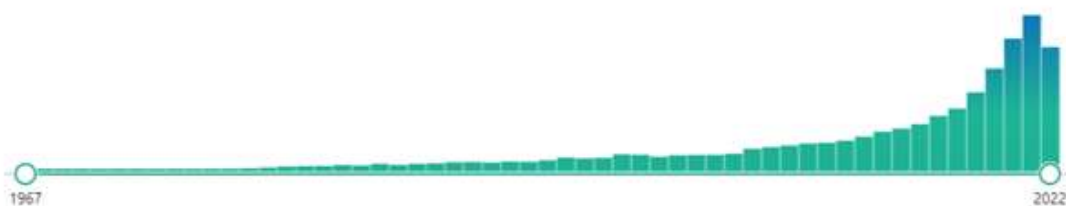
OR: odds ratio. IC95%: intervalo de confianza al 95%.

En negrita los resultados de las variables que se introducirán en el modelo completo.

DISCUSIÓN

El Síndrome de Burnout o de Desgaste Profesional es una entidad que ha sido ampliamente estudiada en el mundo sanitario. Una consulta en la base de datos Pubmed del término “Burnout” muestra un aumento significativo del número de publicaciones en los últimos años hasta un total de 23.985 resultados totales (consultado el 20 de septiembre de 2022).

Figura 59. Distribución temporal de las publicaciones indexadas en Pubmed bajo el término Burnout.



Actualizado a fecha: 20 de septiembre de 2022.

Estos trabajos a menudo engloban poblaciones heterogéneas con diferentes categorías profesionales o son unicéntricos. Así, al asociar el término “Physicians” a la búsqueda, los resultados se reducen a 5.434 y tan solo a 146 si filtramos por estudios multicéntricos. Nuestro trabajo es el primer estudio multicéntrico sobre el SBO realizado en España entre Facultativos especialistas en Pediatría, representativo de la práctica totalidad del territorio nacional, y que aborda los factores relacionados con el mismo desde una perspectiva multivariable y multinivel. Además, se alcanzó un amplísimo tamaño muestral con un muy elevado porcentaje de participación y se incluyeron el mayor número de variables potencialmente relacionadas con el SBO analizadas hasta el momento en ningún otro estudio (54 variables). Todos estos aspectos,

conscientes de las limitaciones de las que se hablarán más adelante, confieren a este trabajo una importante precisión y validez tanto interna como externa.

Como se ha comentado, aunque el MBI es la escala universalmente más utilizada en la literatura científica para evaluar el SBO, existe gran variabilidad en los criterios utilizados para definirlo. Por ello, la prevalencia del mismo muestra un amplio rango en personal sanitario entre el 7,1% reflejado entre pediatras de Urgencias en Cataluña y el 76,1% entre personal sanitario de Urgencias e Intensivos Pediátricos en Turquía^{21,24}. Nuestra muestra se caracteriza por una proporción de SBO del 36,5%, por encima de la mayoría de las estudiadas, que oscilan entre el 20 y el 25%^{22,23,28}, incluyendo la realizada sobre una población de profesionales similar a la nuestra y con el mismo criterio diagnóstico, aunque en EE.UU¹⁸. Este criterio diagnóstico más o menos laxo, influye sin duda, de forma determinante en el resultado y hace difícil las comparaciones. En cualquier caso, centrándonos en nuestro análisis, resulta preocupante que más de un tercio de los profesionales muestren afectación media o alta de las tres esferas en las que Maslach y Jackson descomponen en Burnout y que casi el 90% lo haga de, al menos, una de ellas. Estos resultados confirman que el SBO constituye un problema ampliamente arraigado entre los pediatras españoles con actividad en Urgencias Pediátricas y la necesidad de implementar de forma urgente, medidas destinadas a mejorar las condiciones que se relacionan con su aparición.

Las esferas que más frecuentemente se mostraron alteradas fueron Despersonalización y Agotamiento emocional al igual que ocurre en la mayoría de las investigaciones en nuestro país^{19,23,24,28,29}. Estos hallazgos son coherentes

por las características de la asistencia en Urgencias donde, al igual que ocurre en atención primaria, los profesionales se enfrentan a una menor planificación y coordinación del trabajo, mayor incertidumbre en cuanto a los tratamientos y una elevada presión asistencial^{30,31}.

Diferentes expertos han propuesto gran cantidad de factores potencialmente relacionados con la aparición del Burnout; bien como facilitadores, inhibidores o desencadenantes. Estos factores podrían agruparse como dependientes del propio individuo y su entorno (aspectos psicológicos o psicopatológicos relacionados con su personalidad y demográficos), dependientes de su contexto social y dependientes del entorno laboral^{1,11-13}. Tras el análisis de más de 50 variables, hemos podido identificar 8 situaciones que pertenecen a los diferentes ámbitos mencionados, y que se relacionan de manera independiente con la presencia de Burnout.

Numerosas publicaciones muestran como aspectos de la personalidad pueden favorecer o dificultar el desarrollo de Burnout. La ansiedad o la depresión, que podría afectar a la esfera del agotamiento emocional³², y la personalidad introvertida fueron identificados por Cañadas-de la Fuente et al entre enfermeros de Urgencias y Cuidados Críticos en Andalucía¹⁷. Igualmente, la baja estabilidad emocional, la tensión, el neuroticismo entre otros rasgos de personalidad y la salud mental en general se han descrito repetidamente como factores relacionados con el Burnout tanto en profesionales médicos como de enfermería³³⁻³⁶. En nuestra muestra, la extroversión y el carácter optimista parecieron ser relevantes, aunque no se pudo constatar en el análisis multivariable. Sin embargo, en la línea de lo anterior, presentar problemas en

otros aspectos de la vida además de en el ámbito laboral parece ser un factor clave que puede afectar a la salud mental del individuo y favorecer el Burnout. Del mismo modo, tomar medicación ansiolítica o antidepresiva por situaciones no relacionadas con el trabajo tiende a correlacionarse con el síndrome analizado. Todo ello permite traducir que un entorno vital conflictivo con problemas en diferentes ámbitos y una base psicológica alterada que precisa tratamiento, son sustratos sobre el que puede asentarse el SBO.

Por otro lado, las vías de escape para estas situaciones, como poder socializarse y afrontar el estrés con familia y amigos^{21,22,34-36}, disponer de tiempo para el ocio personal³⁰, los hobbies o el ejercicio regular²¹, adquirirían una gran relevancia como factores protectores; permitiendo al individuo evadirse temporalmente de las dificultades y vivir experiencias gratificantes y placenteras. Nuestros datos apoyan esta teoría aunque tras controlar las variables en el análisis de forma independiente, no parece tan determinante la familia, tener pareja o hijos como defienden algunos autores^{21,35,36}, como el disponer de un círculo de amigos con el que quedar regularmente. Este apoyo social rebaja o elimina los estímulos estresantes, modifica la percepción de los estresores, influye sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado de ánimo, la motivación y la autoestima³⁷.

Habitualmente el género no se ha postulado como un elemento relacionado con el SBO. Aunque ocasionalmente las mujeres han aparecido con una prevalencia superior a la de los hombres, estos resultados han sido controvertidos por la existencia de infinidad de factores confusores³⁷. Sin embargo, algunos metaanálisis sí que han señalado a la edad, tanto en el sentido

de personas jóvenes como en el de menor experiencia profesional, como predisponentes al desgaste profesional^{35,36}. Así, podemos encontrarlo no solo en facultativos especialistas, sino también en médicos residentes e incluso estudiantes de medicina^{13,38,39}. Es comprensible que, en un análisis de asociación simple ambas aparezcan como determinantes ya que, a menor edad, menor experiencia profesional. Aunque esta relación es progresiva, en Facultativos especialistas en Pediatría con actividad en Urgencias pediátricas, es a partir de los 9 años trabajados cuando encontramos un mayor descenso de la presencia de Burnout. En los primeros años de ejercicio profesional se presupone una mayor motivación y dedicación que puede volverse en contra del individuo ante la falta de reconocimiento y alejamiento de su soporte social. Con los años, además de adquirir mayores competencias profesionales aumentando la eficacia, se vivirán experiencias y se desarrollarán mecanismos adaptativos para superar situaciones problemáticas, elevando el nivel de resiliencia y tolerancia ante las dificultades laborales lo que redundará en una menor incidencia de Burnout^{40,41}.

En el plano estrictamente laboral, la carga de trabajo es una de las cosas en las que primero pensamos al hablar de desgaste profesional. Tanto el número de horas de trabajo realizadas como el número de pacientes atendidos se encuentran reflejadas en la literatura como favorecedores del Burnout^{35,36,42}. Nuestro estudio no muestra relación con el número de horas de trabajo mensuales ni el número de guardias al mes, probablemente a consecuencia de que estas son bastante homogéneas entre todos los facultativos en nuestro país; sin embargo sí que evidencia que la presión asistencial en forma de número de pacientes atendidos por facultativos especialistas y residentes, influye de forma

negativa en los profesionales. Tener que realizar otras actividades no asistenciales (docentes, investigadoras, comités, comisiones...) no parece afectar de forma significativa, aún en el caso de no disponer de tiempo liberado para realizarlas; quizá el hecho de cambiar de rutina y reducir la actividad con los pacientes pueda servir de elemento desestresante disminuyendo la carga emocional. En ese sentido, Parra Cotanda et al ya habían referido cómo una actividad estrictamente asistencial se traducía en el doble de la frecuencia de Burnout que la encontrada en aquellos con actividad mixta²⁴. Tampoco encontramos relevante tener que realizar estas tareas fuera del horario asistencial, aunque está tan sistematizado (lo hace casi el 100% de los encuestados) que los resultados muestran que quizá no sea tan determinante el aumento de horas de trabajo efectivo como el disponer de ese soporte sociofamiliar del que hablábamos, que permita en un momento dado, liberarse del trabajo y disponer de tiempo para el ocio. Aun así, teniendo en cuenta que el número de horas de trabajo se ha relacionado de forma insistente en la literatura, llegando a ser cuantificado su efecto por Dyrbye et al en 2013 con un aumento hasta al 2% en el odds de Burnout por cada hora de trabajo extra a la semana⁴³, sería conveniente tratar de minimizar esta carga de trabajo fuera de la jornada ordinaria.

Además de la demanda laboral en el sentido cuantitativo que acabamos de comentar, el aspecto cualitativo, es decir, la naturaleza de las tareas a realizar juega también un papel importante en el SBO³⁷. A menudo, en los hospitales españoles, la Urgencia de Pediatría no es considerada como una verdadera sección o unidad a la que dotar exclusivamente de facultativos especialistas en Urgencias de Pediatría; sino que especialistas en otras áreas de la pediatría son

los encargados de prestar asistencia, con frecuencia de forma rotatoria, en Urgencias. Esto no ocurre en los casos en los que Urgencias constituye un Servicio independiente, circunstancia en la que probablemente haya una mejor organización de la actividad y una mejor adecuación de los recursos humanos y materiales, ambos factores relacionados también con el Burnout³⁶.

Como hemos dicho, la presencia de especialistas en Urgencias Pediátricas no es algo habitual en los hospitales españoles. En nuestra muestra, a pesar de haber sido difundida a través de la Red de Investigación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (RiSEUP-SPERG), solo en 9 de los 32 centros participantes (28%) hay un especialista en Urgencias siempre de guardia. Probablemente esto ocurra en aquellos en los que se atienden pacientes de mayor complejidad y esta exigencia de altos niveles de competencia puede subyacer, entre otros factores, al hecho de que se haya encontrado una mayor proporción de Burnout en estas situaciones.

Otro aspecto destacable dentro de ámbito laboral es la satisfacción con el ambiente. Tanto lo que respecta a las relaciones entre compañeros, al trabajo en equipo y a la participación en la toma de decisiones, influyen positivamente en las esferas agotamiento personal y despersonalización^{12,36}, como certificó una encuesta realizada entre más de 2.300 médicos en Alemania⁴⁴. Sin embargo, de nuestro estudio se desprende que más allá de eso, es el reconocimiento al esfuerzo y al trabajo por parte del círculo más cercano al profesional (compañeros y jefe inmediato), lo que tiene una mayor relevancia en cuanto a menor SBO por encima de ese clima de trabajo, del reconocimiento de la institución e incluso de la propia estabilidad en el empleo. En la misma línea,

recientemente se ha publicado un estudio entre médicos Pediatras de Urgencias de Estados Unidos y Canadá, que propone un modelo predictivo donde no sentirse apreciado por pacientes y supervisores constituyen dos de las variables de riesgo independiente para el desarrollo del SBO⁴⁵.

Una vez que hemos analizado un gran número de variables e identificadas aquellas que constituyen factores de riesgo independientes para la presencia de SBO, cabe preguntarse en qué medida estas pueden predecir el Burnout en diferentes ámbitos de trabajo. El análisis multinivel nos aporta información al respecto y permite concluir que, en nuestra muestra, la variabilidad en la presencia de Burnout, una vez controladas esas variables de riesgo, no puede atribuirse a las diferencias entre hospitales o Comunidades autónomas, sino que serán otros factores dependientes del propio individuo los que realmente lo determinen. Esto resulta especialmente útil a la hora de implementar líneas de actuación para prevenir y tratar el SBO, ya que supone que tendrán el mismo impacto independientemente del hospital o la Comunidad autónoma en la que se lleven a cabo; sus resultados únicamente podrán variar en función de otros factores relacionados con los propios individuos.

Los altos costes personales, sociales y organizacionales generados por el estrés laboral y el desgaste profesional, han dado lugar a que organizaciones internacionales como la Unión Europea y la OMS insistan cada vez más en la importancia que tiene la prevención e intervención en el ámbito laboral⁴⁶. Los Hospitales deben reconocer y admitir el desgaste de sus médicos y desarrollar programas de asistencia anónimos y liderados por expertos en el manejo de médicos quemados⁴⁷. Las líneas de actuación deberían abarcar aspectos

relacionados tanto con el propio individuo como con la organización, ya que ambos han demostrado producir reducciones significativas en el agotamiento⁴⁸. Así, a la vista de nuestros hallazgos se deberían diseñar estrategias para la detección precoz de Burnout a través del cribado de personalidades con tendencia a la ansiedad o depresión; implementar programas destinados a combatir el estrés de los trabajadores dotándoles de herramientas psicológicas para poder enfrentarlo, como pudieran ser las técnicas de afrontamiento activo, aceptación y compromiso o mindfulness^{49,50}; y fomentar el autocuidado facilitando el distanciamiento del trabajo en horario extralaboral y periodo vacacional, para conseguir un equilibrio entre vida personal y profesional que permita al individuo disponer de tiempo para sí mismo y para reforzar sus vínculos sociales. Además, desde el punto de vista organizativo, la adquisición y mejora de competencias para afrontar los retos asistenciales, la optimización de los recursos humanos y materiales para evitar la sobrecarga, la asignación racional de tareas, la introducción de descansos programados y el adecuado reconocimiento al profesional redundarían en un aumento del bienestar en el entorno de trabajo ayudando a combatir el desgaste^{2,12,13,46,47}.

Limitaciones.

Nuestro estudio presenta una serie de limitaciones importantes empezando por la naturaleza de los participantes en el mismo; ya que, aun estando representados hospitales de la mayor parte del territorio nacional, el hecho de haberse difundido a través de una sociedad científica de Urgencias presupone un mayor vínculo y compromiso de sus facultativos con esta actividad de urgencias que en otros centros sin profesionales asociados. Igualmente, es muy probable que exista un cierto sesgo de voluntarios en la selección y cumplimenten la encuesta mayoritariamente las personas que se sientan más quemadas, aunque el elevado porcentaje de participación en torno al 85% podría minimizar este efecto.

El periodo en el que se cumplimentaron las encuestas (octubre a enero) coincide, dadas las características estacionales de la patología infecciosa pediátrica, con una época de importante carga asistencial, lo cual también puede influir en los resultados. Además, el proyecto fue desarrollado antes de la pandemia COVID-19 por lo que sus efectos sobre los profesionales no están reflejados en este trabajo. A pesar de que la carga psicológica añadida pudiera ser notable, Kase et al no encuentran diferencias significativas comparando las puntuaciones de Burnout en prepandemia y en pandemia temprana entre subespecialistas pediátricos de Estados Unidos⁵¹. No obstante, este hecho permite reflejar la situación de los profesionales en un contexto basal, sin la influencia de vivencias devastadoras como la sufrida con la reciente pandemia.

Aunque se han incluido en el cuestionario preguntas que pretenden explorar de forma más o menos explícita diferentes aspectos de la personalidad de los individuos, es imposible abarcar todos los factores que pueden influir sobre ella. Así mismo, ya que ansiedad y depresión muestran una relación íntima con el Burnout, se podrían haber incluido escalas específicas para analizar su influencia de forma directa. Del mismo modo, no se han investigado aspectos concretos de la actividad laboral específica de aquellos profesionales cuya actividad asistencial se desarrolla de forma parcial en Urgencias, aspectos que sin duda también podrían tener relación con el SBO; aunque las variables contempladas han sido suficientes para permitir explicar la variabilidad entre centros y entre Comunidades Autónomas.

Conclusiones.

La afectación media o alta de las tres esferas en las que se divide el Burnout es elevada entre los Facultativos especialistas en Pediatría con actividad en Urgencias españoles, y prácticamente la totalidad de estos profesionales muestran alteración de al menos una de ellas. La organización de los servicios y la carga de trabajo son, junto a la experiencia profesional, el reconocimiento por parte de compañeros y supervisores, la presencia de problemas laborales y extralaborales, sintomatología de ansiedad y/o depresión y el soporte social, los principales factores relacionados con el desarrollo de Burnout en este colectivo. Al margen de estas circunstancias, no hay diferencias destacables en su prevalencia entre los diferentes hospitales ni entre las Comunidades autónomas; por lo que deberían implementarse medidas destinadas a paliar los factores favorecedores de manera universal.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía.

1. Miret C, Martínez Larrea A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33:193-201.
2. Apiquian Guitart, Alejandra - El síndrome del burnout en las empresas.pdf [Internet]. [citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-30022/sindrome%20burnout.pdf>.
3. Diferencias entre el Estrés Laboral y el Burnout [Internet]. HySLA. [Internet]. [citado 2 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.hysla.com/estres-burnout-diferencias/>.
4. Gracia TJH, Varela OET, Zorrilla DMN, Olvera AL. El síndrome de burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. *Rev Int Nueva Gest Organ*. 2007;3(5):50-68.
5. Moreno-Jiménez B, Rodríguez A, Garrosa E, Morante M. Breve historia del burnout a través de sus instrumentos de evaluación. En: M Martínez, J Dolz, P GilMonte, R Ferrer, M Salanova, y W Schaufeli (Eds), *Quemarse en el trabajo (burnout) 11 perspectivas del burnout*. Zaragoza, España: Egido Editorial; 2005. p. 161-82.
6. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout–depression overlap: A review. *Clin Psychol Rev*. 2015;36:28-41.

7. Carlin M, Garcés de los Fayos Ruiz E. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *An Psicol.* 2010;26(1):169-80.
8. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav.* 1981;2(2):99-113.
9. Mallada - Máster Universitario en Análisis y Gestión de Emer.pdf. [Internet]. [citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/43450/Mallada.pdf?sequence=6&isAllowed=y>.
10. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52(1):397-422.
11. López Carballeira A. El Síndrome de Burnout : antecedentes y consecuentes organizacionales en el ámbito de la sanidad pública gallega. [Internet] [Tesis doctoral.]. Universidad de Vigo; 2017. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11093/791>.
12. Maslach, C. y Jackson, S. E. Maslach Burnout Inventory. 2º. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press; 1986.
13. Committee on Systems Approaches to Improve Patient Care by Supporting Clinician Well-Being, National Academy of Medicine, National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being [Internet].

Washington, D.C.: National Academies Press; 2019 [citado 26 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.nap.edu/catalog/25521>.

14. Rocha Luna JM. Síndrome de “Burn Out” ¿El médico de urgencias incansable? *Rev Mex Med Urgenc*. 2002;1(2):48-56.
15. Carlos Mingote Adán J, Moreno Jiménez B, Gálvez Herrer M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clínica*. 2004;123(7):265-70.
16. Cañadas-de la Fuente G, San Luis C, Lozano LM, Vargas C, García I, de la Fuente EI. Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Rev Latinoam Psicol*. 2014;46(1):44-52.
17. Cañadas-de la Fuente G, Albendín-García L, Cañadas G, San Luis-Costas C, Ortega-Campos E, de la Fuente-Solana E. Factores asociados con los niveles de Burnout en enfermeros de urgencias y cuidados críticos. *Emergencias*. 2018;30(5):328-31.
18. Patterson J, Gardner A. Burnout Rates in Pediatric Emergency Medicine Physicians. *Pediatr Emerg Care*. 2020;36(4):192-5.
19. Martínez OF, Cabrera CH, Tapia AM, Suárez SM. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2007;19(3):116-21.
20. Marucco MA, Gil-Monte PR, Flamenco E. Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales, estudio comparativo

- de la prevalencia medida con el MBI-HSS y el CESQT. *Rev Saude Publica*. 2008;42(3):450-6.
21. Yazıcı MU, Teksam O, Agın H, Erkek N, Arslankoylu AE, Akca H, et al. The Burden of Burnout Syndrome in Pediatric Intensive Care Unit and Pediatric Emergency Department: A Multicenter Evaluation. *Pediatr Emerg Care*. 2021;37(12):e955-61.
 22. Gribben JL, MacLean SA, Pour T, Waldman ED, Weintraub AS. A Cross-sectional Analysis of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Pediatric Emergency Medicine Physicians in the United States. Meisel ZF, editor. *Acad Emerg Med*. 2019;26(7):732-43.
 23. López Franco M, Rodríguez Núñez A, Fernández Sanmartín M, Marcos Alonso S, Martínón Torres F, Martínón Sánchez JM. [Burnout syndrome among health workers in pediatrics]. *An Pediatr (Barc)*. 2005;62(3):248-51.
 24. Parra Cotanda C, Trenchs Sainz de la Maza V, Luaces Cubells C. Burnout en los pediatras de urgencias. *An Pediatr (Barc)*. 2020;93(3):200-2.
 25. MBI-Cutoff-Caveat.pdf. [Internet]. [citado 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.mindgarden.com/documents/MBI-Cutoff-Caveat.pdf>.
 26. Schaufeli WB, Van Dierendonck D. A Cautionary Note about the Cross-National and Clinical Validity of Cut-off Points for the Maslach Burnout Inventory. *Psychol Rep*. 1995;76(3_suppl):1083-90.
 27. Leiter MP, Maslach C. Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burn Res*. 2016;3(4):89-100.

28. Mallada CG. Síndrome de Burnout en los profesionales de medicina de Urgencias de atención hospitalaria de Asturias. [Internet] [Trabajo de Fin de Máster Universitario en Análisis y Gestión de Emergencia y Desastre] [consultado 24 de noviembre de 2021]. Centro Internacional de Postgrado de la Universidad de Oviedo; 2017. Disponible en: <https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/43450>.
29. Fontán Atalaya IM, Dueñas Díez JL. Síndrome de burnout en una unidad de gestión clínica de obstetricia y ginecología. *Rev Calid Asist.* 2010;25(5):260-7.
30. Mingote Adán JC, Moreno Jiménez B, Gálvez Herrer M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clínica.* 2004;123(7):265-70.
31. Olmedo Montes M, Santed Germán MA, Jiménez Tornero R, Gómez Castillo MD. El síndrome de Burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis (Madr).* 2001;22(3):117-29.
32. Golonka K, Mojsa-Kaja J, Blukacz M, Gawłowska M, Marek T. Occupational burnout and its overlapping effect with depression and anxiety. *Int J Occup Med Environ Health* [Internet]. 8 de marzo de 2019 [citado 22 de marzo de 2022]; Disponible en: <http://www.journalssystem.com/ijomeh/Occupational-burnout-and-its-overlapping-effect-with-depression-and-anxiety,93187,0,2.html>.

33. Cebrià J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria*. 2001;27(7):459-68.
34. Ilić I, Arandjelović M, Jovanović J, Nešić M. Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout – Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Medycyna Pracy*. 2017;68(2):167-78.
35. Ramírez-Elvira S, Romero-Béjar JL, Suleiman-Martos N, Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes C, Cañadas-De la Fuente GA, et al. Prevalence, Risk Factors and Burnout Levels in Intensive Care Unit Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(21):11432.
36. Albendín-García L, Suleiman-Martos N, Cañadas-De la Fuente GA, Ramírez-Baena L, Gómez-Urquiza JL, De la Fuente-Solana EI. Prevalence, Related Factors, and Levels of Burnout Among Midwives: A Systematic Review. *J Midwifery Womens Health*. 2021;66(1):24-44.
37. Martínez Pérez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Acad*. 2010;0(112):42-80.
38. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, et al. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. Junne FP, editor. *PLOS ONE*. 2018;13(11):e0206840.

39. Frajerman A, Morvan Y, Krebs MO, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2019;55:36-42.
40. Mesurado B, Laudadio J. Experiencia profesional, capital psicológico y engagement. Su relación con el burnout en docentes universitarios. *Propósitos Represent*. 2019;7(3):12-40.
41. Guo Y fang, Luo Y hui, Lam L, Cross W, Plummer V, Zhang J ping. Burnout and its association with resilience in nurses: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2018;27(1-2):441-9.
42. Cull WL, Frintner MP, Starmer AJ, Leslie LK. Longitudinal Analyses of Pediatrician Burnout. *Acad Pediatr*. 2019;19(3):256-62.
43. Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD. Physician Satisfaction and Burnout at Different Career Stages. *Mayo Clin Proc*. 2013;88(12):1358-67.
44. Pantenburg B, Lupp M, König HH, Riedel-Heller SG. Burnout among young physicians and its association with physicians' wishes to leave: results of a survey in Saxony, Germany. *J Occup Med Toxicol*. 2016;11(1):2.
45. Kondrich JE, Han R, Clark S, Platt SL. Burnout in Pediatric Emergency Medicine Physicians: A Predictive Model. *Pediatr Emerg Care*. 2022;38(2):e1003-8.

46. Rodríguez Carvajal R, de Rivas Hermosilla S. Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Med Segur Trab (Internet)*. 2011;57(Suplemento 1):72-88.
47. Lacy BE, Chan JL. Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018;16(3):311-7.
48. Shanafelt TD, Gorringer G, Menaker R, Storz KA, Reeves D, Buskirk SJ, et al. Impact of Organizational Leadership on Physician Burnout and Satisfaction. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(4):432-40.
49. Ruiz C, Ríos F, Martín S. Psychological intervention for profesional burnout in the Palliative Care Unit at Gregorio Marañón University Hospital. *Medicina Preventiva*. 2008;15(2):93-7.
50. Vilardaga R, Luoma JB, Hayes SC, Pistorello J, Levin ME, Hildebrandt MJ, et al. Burnout among the addiction counseling workforce: The differential roles of mindfulness and values-based processes and work-site factors. *J Subst Abuse Treat*. 2011;40(4):323-35.
51. Kase SM, Gribben JL, Guttman KF, Waldman ED, Weintraub AS. Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric subspecialists during the SARS-CoV-2 pandemic. *Pediatr Res*. 2022;91(1):143-8.

ANEXOS

----- ANEXO I -----

(Encuesta a colaboradores)

- 1- Nombre de su Hospital: _____
- 2- Localidad del Hospital: _____
- 3- Comunidad autónoma: _____
- 4- Tipo de Hospital
 - a. Primario (< 200 camas)
 - b. Secundario (200-500 camas)
 - c. Terciario (> 500 camas u Hospital Pediátrico)
- 5- Número de Urgencias / año: _____
- 6- Gestión de su Hospital
 - a. Pública
 - b. privada
- 7- Estamento del que depende Urgencias de Pediatría en su centro
 - a. Servicio independiente
 - b. Pediatría
 - c. Urgencias Generales
 - d. UCIP
- 8- Número de adjuntos especialistas en Urgencias en la Unidad/Sección/Servicio de Urgencias: _____
- 9- Número promedio de adjuntos de guardia: _____
- 10- ¿Hay siempre un adjunto especialista de Urgencias de guardia?

(Se considerará como médico especialista en Urgencias de Pediatría, si ha desarrollado actividad asistencial con dedicación exclusiva en Urgencias de Pediatría durante al menos 2 años.)

a. Si

b. No

11-Número promedio de MIR de guardia (incluyendo pediatría, familia...):

12- Número de personas de su centro a las que ha enviado el formulario

(excluido usted): _____

----- ANEXO II -----

(Encuesta a participantes)

PARTE PRELIMINAR:

¿Da usted su consentimiento para participar en el estudio “Prevalencia de Síndrome de Burnout en Médicos de Urgencias Pediátricas?”

(En caso de contestar afirmativamente se mostrarán una serie de preguntas de carácter socio-demográfico, laboral y organizativo, seguido de un cuestionario que evalúa cómo se siente en relación a su trabajo. La encuesta será anónima y el nombre de su Hospital será transformado en un código que impida su identificación. Los investigadores colaboradores de cada centro, en ningún caso tendrán acceso a los datos sociodemográficos o laborales de cada individuo que pudieran permitir identificarle.

Los resultados de este estudio podrán utilizarse para publicarlos en revistas científicas o comunicarlos en Congresos y Reuniones científicas.)

- Si doy mi consentimiento
- No doy mi consentimiento

Va usted a participar en esta encuesta porque es usted “médico de Urgencias de Pediatría”, definido como un facultativo especialista en pediatría que desarrollando su actividad asistencial en un Hospital, esta se realiza total o parcialmente en el área de Urgencias de Pediatría (dedicación completa; complementada con actividad en área de consultas, hospitalización, neonatología o cuidados intensivos; en forma de guardias).

- ¿Es usted médico de Urgencias de Pediatría?
 - Si
 - No

Además, se le considerará como médico especialista en Urgencias de Pediatría, si ha desarrollado actividad asistencial con dedicación exclusiva en Urgencias de Pediatría durante al menos 2 años.

- ¿Es usted médico especialista en Urgencias de Pediatría?
 - Si
 - No

PARTE I

Factores socio-familiares

- 1- Edad en años: _____
- 2- Sexo:
 - a. Varón
 - b. Mujer
- 3- Estado civil:
 - a. Casado o pareja de hecho
 - b. Soltero
 - c. Divorciado-separado
 - d. Viudo
- 4- ¿Tiene usted pareja estable?
 - a. No
 - b. Sí y mi pareja es profesional sanitario
 - c. Sí, mi pareja NO es profesional sanitario
- 5- Número de hijos (0= sin hijos): _____
- 6- Solo en caso de tener hijos: edad en años del menor de sus hijos
(Menor de 1 año: escribir "0"): _____
- 7- Gastos que le supone su vivienda habitual
 - a. Tengo hipoteca
 - b. Pago alquiler / alquiler con opción a compra
 - c. No me supone gasto
- 8- ¿Tiene usted su vivienda habitual en propiedad? (con o sin hipoteca pendiente)
 - a. No / Sí
- 9- Número de convivientes en domicilio (incluido usted) (1=vive solo): _____

10-¿Viven familiares directos en su localidad de residencia actual? (padres, hermanos, primos, tíos,...):

a. No / Sí

11-Dispone de un círculo de amigos con el que se vea con regularidad? (al menos una vez al mes)

a. No / Sí

12-Se considera una persona

a. Introversa / extroversa / neutra

b. Optimista / pesimista / neutra

13-Desde el punto de vista religioso, ¿se considera usted una persona creyente?

a. No

b. Sí, y acudo regularmente a celebraciones religiosas

c. Sí, pero no acudo regularmente a celebraciones religiosas

14-En el caso de considerarse una persona creyente, ¿qué religión profesa?

a. Cristianismo / Islam / Judaísmo / Hinduismo / Budismo / Otros

15-¿Realiza actividad física / deportiva con regularidad? (al menos una vez por semana)

a. No / Sí

b. ¿Cuántos días a la semana? ____

16-¿Dispone usted de algún hobby?

a. No / Sí

17-En el momento actual, ¿se considera usted una persona feliz?

a. No / Sí

18-En el momento actual, ¿hay algún problema relevante en su vida que le inquiete?

- a. No
- b. Sí, relacionado con mi situación laboral
- c. Sí, relacionado con otros aspectos de mi vida
- d. Sí, ambos

19- ¿Ha tomado en alguna ocasión medicación ansiolítica/antidepresiva por circunstancias NO RELACIONADAS con estrés laboral?

- a. No / Sí

20- ¿Ha tomado en alguna ocasión medicación ansiolítica/antidepresiva por circunstancias RELACIONADAS con estrés laboral?

- a. No / Sí

21- ¿Ha sufrido en alguna ocasión trastornos del sueño por circunstancias NO RELACIONADAS con estrés laboral que hayan precisado inductores del sueño?

- a. No / Sí

22- ¿Ha sufrido en alguna ocasión trastornos del sueño por circunstancias RELACIONADAS con estrés laboral que hayan precisado inductores del sueño?

- a. No / Sí

23- ¿Dispone de empleado/a de hogar?

- a. No / Sí

Factores demográficos

24-Localidad de trabajo: _____

25-Comunidad Autónoma: _____

26- ¿Vive en la misma localidad donde trabaja?

a. No / Sí

27- Número de años viviendo en su localidad de residencia actual: _____

28- Tiempo medio que invierte en llegar desde su domicilio hasta su centro de trabajo (en minutos): _____

29- ¿Qué medio de transporte requiere principalmente para llegar desde su domicilio hasta su centro de trabajo?

a. Autobús / Bicicleta / Caminando / Metro / Tren-cercanías /

Vehículo privado / Otros

Factores Laborales

(Se considerará guardia aquel turno desarrollado en el área de Urgencias con una duración mínima de 12 horas y que incluya la noche. En caso de no reunir estas condiciones se le considerará turno).

30- Nombre de su Hospital: _____

31- Tipo de contrato

a. Fijo o indefinido / Interino / Eventual-bajas / Guardias / Otro tipo de contrato No fijo-Indefinido.

32- ¿Si su contrato no es fijo o indefinido, cuántos años lleva con contratos temporales?: _____

33- Describa su actividad en Urgencias

- a. Dedicación exclusiva a Urgencias (100% del tiempo asistencial)
MÁS guardias
- b. Dedicación exclusiva a Urgencias (100% del tiempo asistencial)
SIN guardias
- c. Dedicación parcial: presto asistencia en Urgencias además de en consultas, hospitalización, neonatología, cuidados intensivos u otros, MÁS guardias. Ejemplo: lunes y martes en Urgencias, miércoles, jueves y viernes en consulta, además de guardias.
- d. Dedicación parcial: presto asistencia en Urgencias además de en consultas, hospitalización, neonatología, cuidados intensivos u otros, SIN guardias. Ejemplo: lunes y martes en Urgencias, miércoles, jueves y viernes en consulta, sin guardias.
- e. Sólo guardias

34- Número de años trabajando como pediatra? (excluyendo la residencia):

35- Número de años trabajando en Urgencias sumando dedicación exclusiva, parcial o en forma de guardias? (excluyendo la residencia): _____

36- Número de años trabajando como médico especialista en Urgencias de Pediatría (responder sólo si usted es médico especialista en Urgencias de Pediatría): _____

37- Número de años trabajando en su centro actual: _____

38- Turno de trabajo en Urgencias

- a. Turno fijo de mañana / fijo tarde / fijo noche / rotatorio o sin turno fijo / solo guardias

- 39- Número de adjuntos en su turno incluido usted. (responder sólo si su actividad en Urgencias no es exclusiva en forma de guardias): _____
- 40- Número medio de residentes durante su turno (responder sólo si su actividad en Urgencias no es exclusiva en forma de guardias): _____
- 41- Hay adjuntos especialistas en Urgencias durante su turno? (incluido usted si lo es)
- a. No / Sí
- 42- Promedio de guardias / mes: _____
- 43- Número de horas trabajadas mensuales en su centro hospitalario (sumando turnos y guardias): _____
- 44- ¿Ha realizado tareas de docencia activas, sesiones, cursos... en el último año?
- a. No / Sí
- 45- ¿Cuántas horas docentes en este último año? _____
- 46- ¿Ha realizado tareas de investigación en el último año?
- a. No / Sí
- 47- ¿En cuántos proyectos de investigación ha participado en el último año? _____
- 48- ¿Ha realizado otras tareas no asistenciales de compromiso con la institución en el último año? (comités, calidad, seguridad...)
- a. No / Sí
- 49- ¿Dispone de tiempo específico liberado para docencia, investigación u otras tareas no asistenciales durante su jornada laboral?
- a. No realizo actividad no asistencial / No / Sí, aunque insuficiente / Sí, el suficiente

50- ¿Dedica usted tiempo fuera de su jornada laboral, para preparar actividades relacionadas con docencia, investigación u otras tareas no asistenciales?

- a. Nunca / pocas veces al año o menos / una vez al mes o menos / Unas pocas veces al mes / una vez a la semana / pocas veces a la semana / Todos los días.

51- ¿Ha recibido cursos de formación relacionados con su actividad en el último año?

- a. Si / no

52- ¿Cuántos cursos de formación relacionados con su actividad ha recibido en el último año? _____

Factores relacionados con recompensa

53- ¿Cree que está profesionalmente reconocido en su unidad por sus compañeros?

- a. Nada / poco / bastante / mucho

54- ¿Cree que está profesionalmente reconocido en su unidad por su jefe inmediato?

- a. Nada / poco / bastante / mucho

55- ¿Cree que está profesionalmente reconocido en su institución?

- a. Nada / poco / bastante / mucho

56- Satisfecho con la relación entre compañeros

- a. Nada / poco / bastante / mucho

57- Satisfecho con la relación con su jefe inmediato

a. Nada / poco / bastante / mucho

58- ¿Está usted satisfecho con el salario percibido?

a. Nada / poco / bastante / mucho

PARTE II

Responder: Nunca / pocas veces al año o menos / una vez al mes o menos /

Unas pocas veces al mes / una vez a la semana / pocas veces a la semana /

Todos los días.

- 1- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
- 2- Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío
- 3- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado
- 4- Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes
- 5- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
- 6- Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa
- 7- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes
- 8- Siento que mi trabajo me está desgastando
- 9- Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo
- 10- Siento que me he hecho más duro con la gente
- 11- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente
- 12- Me siento con mucha energía en mi trabajo
- 13- Me siento frustrado en mi trabajo
- 14- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo
- 15- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes
- 16- Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa

- 17-Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes
- 18-Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes
- 19-Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo
- 20-Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades
- 21-Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada
- 22-Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas